

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma/ sairaanhoitaja

Anne Höfer

INTERVENTIOVÄLINEET MUISTITERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ
- SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö 2013

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

HÖFER, ANNE

Interventiovälineet muistiterveyden edistämässä

Opinnäytetyö

52 sivua + 14 liitesivua

Työn ohjaaja

Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen

Toimeksiantaja

Kouvolan seudun muisti ry

Maaliskuu 2013

Avainsanat

muistiterveys, interventio, elämäntapamuutos, elintapamuutos, motivaatio, terveyden edistäminen, elämänhallinta, muutoshalukkuus

Opinnäytetyön tavoite oli kartoittaa muistiterveyden edistämiseen soveltuvia interventiovälineitä. Interventioilla pyritään terveyttä edistävään elintapamuutokseen. Koska aikaisempaa tutkimusta aivoterveystieteen edistämisestä interventioiden keinoin ei ollut vielä saatavilla, sovellettiin opinnäytetyössä tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä käytettyjä interventiovälineitä. Aineisto haettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmällä kahdesta suomalaisesta sähköisestä tietokannasta sekä manuaalisella haulla kahdesta tieteellisestä aikakauslehdestä. Tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä tutkimuskysymyksittäin.

Etenevien muistisairauksien vaara- ja suojatekijät tunnetaan. Nyt olisikin tärkeää vaikuttaa ennaltaehkäisevästi muistisairauksien kehittymiseen oikein kohdennetulla elintapaohjauksella. Tuloksista kävi ilmi, että yhtä oikeaa menettelytapaa toteuttaa terveysinterventio ei ollut. Eikä yhdellä yksittäisellä interventiolla saavutettu asetettuja tavoitteita. Eri interventiovälineiden yhdistäminen paransi tuloksia.

Elintapamuutos on prosessi, joka muodostuu neljästä vaiheesta: muutostarpeen tunnistamisesta, muutosvalmiuden ymmärtämisestä, toimintasuunnitelman laatimisesta ja tavoitteen asettamisesta sekä seurannasta. Kaikissa näissä vaiheissa hyödyllisiä interventiovälineitä ovat muun muassa motivoiva haastattelu, pystyvyyden tunteen lisääminen, asiakaskeskeinen työskentely, vuorovaikutus sekä selkeä tavoitteen asettaminen ja tarkka toiminnan suunnittelu. Ohjaus voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmämuotoisena. Sosiaalinen tuki voi kannustaa parempiin tuloksiin. Itsearviointi, omaseuranta ja omavastuu ovat interventiovälineitä, jotka asiakas ottaa käyttöönsä toteuttaessaan elintapamuutosta omassa toimintaympäristössään. Tällaiseen itsenäiseen toimintaan elintapaohjaus johtaa onnistuessaan.

Suorat käskyt tai neuvot eivät muuta totuttua toimintatapaa. Intervention toteutuksen tuleekin olla asiakaslähtöistä ja tasavertaiseen vuorovaikutukseen perustuvaa. Interventio tulee kohdistaa sellaisille henkilöille, jotka ovat valmiita tekemään muutoksen elämässään.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

HÖFER, ANNE

Bachelor's Thesis

Supervisor

Commissioned by

March 2013

Keywords

Intervention Tools in Memory Health Promotion

52 pages + 14 pages of appendices

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD

Kouvola seudun muisti ry/Ltd

memory health, intervention, lifestyle change, motivation,
health promotion, control of living, willingness of change

The aim of the Bachelor's thesis was to provide information of tools suitable for memory health interventions. Study results of memory health intervention were not available yet. Therefore study results of interventions in type 2 diabetes and cardiovascular diseases were used in the thesis. The research material was gathered by method of systematic review based on two electric databases and manual search. The data was analyzed using content analysis.

The risk and protective factors of progressive memory disorders are commonly known. Therefore it is crucial to affect the development of memory diseases in advance by lifestyle counseling. The results indicated that there was not just one right method to execute a health intervention. The set aims were not achieved using one intervention tool. Better results were received by combining several intervention tools.

A lifestyle change consists of four phases: recognition of the need for change, understanding the readiness for change, drawing out an action plan and setting a goal and follow-up. Useful intervention tools at all phases are motivational interviewing, increasing the feeling of self-efficacy, client-oriented working, interaction and accurate goal setting and action planning. Counseling can be implemented individually or in a group format. Social support can encourage into better results. Self-assessment, self-monitoring and responsibility for one's own actions are intervention tools that the clients implement in their own living environment. This kind of independent functioning is achieved by successful lifestyle counseling.

Direct orders or advice do not change the used procedure. Execution of intervention must be client-oriented and based on interaction. Intervention should be directed to clients willing to make changes in their lives.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TAVOITTEET	7
3	MUISTI JA MUISTIN HEIKKENEMINEN	8
4	TYYPIN 2 DIABETEKSEN JA SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN YHTEYS MUISTITERVEYTEEN	11
5	ELINTAPAMUUTOKSILLA KOHTI PAREMPAA MUISTITERVEYTTÄ	12
6	SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	14
	6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus opinnäytetyössä ja katsauksen vaiheet	15
	6.2 Keskeiset käsitteet	17
	6.3 Tutkimuskysymysten määrittäminen	19
	6.4 Aineiston haku	20
	6.5 Aineiston valinta ja laadun arviointi	26
	6.6 Aineiston analyysi	28
	6.7 Tulosten esittäminen	29
7	SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET	30
	7.1 Elintapaohjauksen määritelmä	30
	7.2 Terveysinterventioissa käytetyt interventiovälineet	31
	7.3 Interventiovälineiden käytön hyödyt	33
	7.4 Elintapamuutoksen esteet	36
	7.5 Interventiovälineiden käyttö eri tilanteissa	38
8	INTERVENTIOVÄLINEET ELINTAPAMUUTOKSEN TUKENA	39
9	POHDINTA	39
	9.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	40
	9.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadun arviointi ja luotettavuus	43
	9.3 Sisällönanalyysin luotettavuus	44
	9.4 Eettiset tekijät tehtävän taustalla	45

LÄHTEET

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Kansilehti

Liite 3. Käsikirja

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Aihe opinnäytetyöhön tuli Kouvolan seudun Muisti ry:ltä. Työssä kerättiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodilla muistiterveyden edistämiseen soveltuvia interventiovälineitä. Sisällönanalyysillä teoretiedosta muokattiin tarkoituksenmukainen kokonaisuus. Toisin sanoen työssä kartoitettiin erilaisia keinoja ja toiminnan muotoja, joiden avulla voidaan vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen ja valintoihin muistiterveyden edistämässä. Kyseisiä keinoja tai toiminnan muotoja kutsutaan tässä työssä interventiovälineiksi. Erilaisilla interventioilla pyritään terveyttä edistävään elintapa-muutokseen. Kouvolan seudun Muisti ry järjestää elämäntapaohjausta rajatulle kohde-ryhmälle ja käyttää erilaisia intervention keinoja terveyttä edistävissä keskusteluissa. Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa näitä elintapaohjauksen erilaisia keinoja, jotta työn tilaaja voi opinnäytetyön tuloksia hyödyntäen kehittää omaa toimintaansa terveyskeskustelujen osalta.

Aikaisempaa tutkimusta juuri muistiterveyteen vaikuttamisesta interventioiden keinoin ei vielä ole saatavilla. Ensimmäinen suomalainen tutkimus, jossa tutkitaan interventioiden tehokkuutta muistiterveyden edistämiseksi, valmistuu vuonna 2013 (Kivipelto 2009 - 2013). Kuitenkin viimeisimpien tutkimustulosten mukaan näyttäisi siltä, että muistiongelmia voidaan ehkäistä (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1133). Professori Miia Kivipellon mukaan kokonaiselämäntapa, ruokavalio sekä vitamiinit ovat avainasemassa muistiongelmien ehkäisyssä (Ravinnolla iso merkitys muistisairauksien ehkäisyssä 2012). Etenevien muistisairauksien vaara- ja suojatekijät tunnetaan. Vaaratekijöinä pidetään korkeaa verenpainetta, korkeaa kolesterolia, soke-riaineenvaihdunnan sekä aivoverenkierron häiriöitä. Suojaavia tekijöitä puolestaan ovat henkinen aktiivisuus ja kouluttautuminen, aktiivinen sosiaalinen elämä, terveellinen ruokavalio sekä riittävä liikunta. (Erkinjuntti 2006). Näihin tekijöihin vaikuttamalla pystytään vaikuttamaan myös muistiterveyteen.

Tyypin 2 diabeteksella sekä sydän- ja verisuonitaudeilla on tutkimuksissa osoitettu olevan yhteyttä myös muistiin (MacKnight, Rockwood, Awalt & McDowell 2002; Cheng, Huang, Deng & Wang 2012; Kivipelto 2006). Kohonnut verenpaine ja korkea kolesterolia ovat merkittäviä Alzheimerin taudin riskitekijöitä (Kivipelto 2002). Diabeteksen vakavimpia liitännäissairauksia ovat juuri valtimosairaudet, jotka osaltaan ovat vaikuttamassa alkaviin muistiongelmiin. (Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011, 7).

Tuoreimman FINRISK 2012-tutkimuksen tulosten mukaan väestön kolesterolitaso on taas nousussa vuosikymmenien laskun jälkeen (Vartiainen, Borodulin, Sundvall, Laatikainen, Peltonen, Harald, Salomaa & Puska 2012, 2364). Elämäntapoihin vaikuttamalla ja muistisairauksien riskitekijöitä eliminoimalla voidaan tutkimusten mukaan viivästyttää muistisairauksien puhkeamista merkittävästi. Suomalainen DPS-tutkimus (Diabetes Prevention Study) on osoittanut, että terveysneuvontainterventioilla voidaan saavuttaa merkittäviä elintapamuutoksia (Lindström, Louheranta, Mannelin, Rastas, Salminen, Eriksson, Uusitupa & Tuomilehto 2003, 3230). Tutkimustietoon vedoten opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy näyttäytyy kansataloudellisestikin merkittävänä tehtävänä.

Opinnäytetyön merkitystä korostaa jo sekin, että jokaisella on lainmukainen oikeus saada riittävästi ja laadukkaasti ohjausta terveydentilaansa liittyen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785).

Kouvolan seudun muisti ry on perustettu vuonna 1990 ja sen toiminta-alueita ovat Kouvola ja Iitti. Muistiliitto ohjaa toimintaa muistisairautta sairastavien henkilöiden ja heidän omaistensa hyväksi sekä muistiterveyden edistämiseksi. Kouvolan seudun muisti ry on Muistiliiton jäsenyhdistys. Vuonna 2011 käynnistyi neljävuotinen projekti, jonka tarkoitus on organisoida voimavaralähtöisiä terveyskeskusteluja kymenlaaksoalaisille 40 - 65 -vuotiaille naisille, jotka eivät kuulu työterveyspalveluiden piiriin. Kohderyhmään kuuluvat muun muassa pien- ja maatalousyrittäjät, työttömät sekä kotiäidit, joilla on vähintään yksi muistiterveyden riskitekijä. Terveyskeskusteluiden tavoitteena on edistää muistiterveyttä. (Kouvolan seudun Muisti ry.) Opinnäytetyö liittyy kyseiseen projektiin.

2 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TAVOITTEET

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa erilaisia interventiovälineitä, joiden avulla ihmiset saataisiin kiinnostumaan omasta muistiterveydestään ja tuotettaisiin onnistumisia elintapamuutoksissa.

Tiedon lisääminen ja asenteiden muuttaminen ovat edellytyksiä ennaltaehkäisyntehokkuudelle (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 11). Monia terveysongelmia voitaisiin ehkäistä riittäväällä liikunnalla ja terveellisellä ruokavaliolla. Elintapamuutos on kuitenkin monille vaikeaa. (Hankonen 2012, 761.) Tukea tarvitaan ja terveyden-

huollon ammattihenkilöstö tarvitsee työvälineitä tehostaakseen työtään terveydenedistämiseksi.

Opinnäytetyön toivotaan havahduttavan ihmiset pohtimaan omaa muistiterveyttään jo ennen ongelmien alkua ja miettimään tarvittavien elintapamuutosten mahdollisuutta. Työssä on tietoa siitä, kuinka jokainen voi itse vaikuttaa oman muistinsa tilaan ja terveyteen. Toivottavasti myös terveydenhuoltoalan ammattilaiset voivat hyödyntää työn tietoja potilasohjauksessa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista ja teoriataustasta kasattiin informaatiovihkonen, joka löytyy opinnäytetyön liitteistä. Vihkonen on liitteenä 3 nimellä Käsikirja. Vihkosta voidaan käyttää käytännön terveysinterventioiden suunnittelussa työvälineenä.

3 MUISTI JA MUISTIN HEIKKENEMINEN

Muisti on tärkeä osa ihmisen kokonaisuutta. Sillä on merkittävä rooli tiedonkäsittelyssä ja se on osa ihmisen henkisistä kyvyistä. Ihminen tarvitsee muistia uusien asioiden oppimiseen sekä koko identiteetin ja persoonallisuuden ylläpitämiseen. (Juva 2011.)

Muistaminen prosessina koostuu mieleen painamisesta, mielessä säilyttämisestä sekä mieleen palauttamisesta. Normaaliiin ikääntymiseen voi kuulua muistivaikeuksia, kun oppiminen hidastuu ja keskittymiskyky heikkenee. (Juva 2011.) Aivoterveyttä voidaan kuitenkin ylläpitää ikääntyvienkin ihmisten kohdalla oikeilla elämäntavoilla ja valinnoilla.

Muistin ja tiedonkäsittelyn kannalta olennaisia asioita ovat verenkierron ja hermoston verkostot. Tähän verkostoon kuuluvia elimiä ovat muun muassa sydän, verisuonet, munuaiset ja aivot. (Erkinjuntti 2011.) Kaikki keskeiset sydän- ja verisuonisairaudet lisäävät dementoitumisen ja muistihäiriöiden vaaraa (Alhainen). Joka kolmannella yli 65-vuotiaalla on muistioireita, vaikka suurimmalla osalla heistä ei ole todettu etenevää muistisairautta (Muistisairaudet 2010). Aivohalvauksen jälkeen ongelmia muistin- ja tiedonkäsittelyn osa-alueilla todettiin 60 prosentilla 55 - 85-vuotiaista aivohalvauspotilaista. Näistä jopa 25 prosenttia kärsi vaikeammasta, arkeen vaikuttavasta demensioireesta. (Erkinjuntti 2006.) Työikäisten osalta eteneviä muistisairauksia on noin 7 000 - 10 000:llä henkilöllä (Muistisairaudet 2010).

Suomessa ilmaantuu uusia dementia- ja muistisairautapauksia vähintään 13 000 vuosittain (Muistisairaudet 2010). Tämä tarkoittaa 36 uutta sairastunutta joka päivä (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7).

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Kaikista dementiapotilaista lähes 80 prosentilla on Alzheimerin tauti. Alzheimer on aivoja rappeuttava ja etenevä muistisairaus. (Juva 2011.) Se johtaa hermosolujen kuolemaan ja aivokudoksen häviämiseen aivoista. Taudin edetessä aivot kutistuvat merkittävästi. Tämä muutos vaikuttaa lähes kaikkeen aivotoimintaan. (Aivokierros 2012.)

Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä terveydellinen ja kansantaloudellinen ongelma. Vuonna 2010 ympärivuorokautisen hoidon järjestämisestä aiheutuneet kustannukset muistisairaalle ihmiselle oli 46 000 euroa vuodessa. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7.)

Muistisairaiden ihmisten määrä tulee kasvamaan väestön ikääntyessä. Myös työikäisellä väestöllä todetaan muistisairauksia. Parantavaa lääkehoitoa näihin sairauksiin ei ole keksitty eikä sitä lähivuosinakaan ole tiedossa. Muistisairauksien ilmaantumiseen voidaan kuitenkin vaikuttaa ja muistiterveyttä voidaan ylläpitää. Tämän vuoksi panostaminen aivojen terveyteen kannattaa. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7 - 8.)

Ikä on kognitiivisen heikkenemisen, muistioireiden ja dementiaan yksi tärkeimmistä vaaratekijöistä (Muistisairaudet 2010). Ikään ei voida vaikuttaa, mutta tutkimuksissa on löydetty monia muita muistiterveyttä vaarantavia tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisevästi. Timo Erkinjuntin (2011) mukaan muistisairauden riskiä kohottavat aivoverenkiertosairaudet, korkea verenpaine, korkea kolesterolipitoisuus, ylipaino, diabetes, valtimotauti, masennus sekä pään vammat. Myös käypä hoito suositus korostaa kohonneen verenpaineen hoidon merkitystä muistisairauksien ennalta ehkäisyn osalta (Muistisairaudet 2010).

FINRISK 2012-tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että suomalaisten kolesterolitaso on jälleen nousussa. Kolesteroliarvot laskivat yhtäjaksoisesti vuodesta 1982 vuoteen 2007. Vuodesta 2007 vuoteen 2012 keskimääräinen kolesterolipitoisuus on ollut jälleen nousussa. Miehillä nousua arvoissa oli 1,7 prosenttia ja naisilla 3,1 prosenttia. Tilastollisesti nämä muutokset ovat merkittäviä. Veren kolesterolipitoisuuden tulisi olla

alle 5mmol/l. Vuonna 2012 miesten keskimääräinen kolesterolipitoisuus oli 5,34 mmol/l ja naisten 5,31 mmol/l. (Vartiainen et al. 2012, 2364)

Runsas humalahakuinen alkoholin käyttö lisää muistihäiriöiden riskiä (Alhanen). Aikuisista miehistä 8 prosenttia ja naisista 2 prosenttia on alkoholiriippuvaisia ja heistä jopa kymmenen prosenttia sairastuu alkoholidementiaan (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7).

Tupakointi on yksi itsenäinen dementoitumisen riskitekijä. Aivojen käyttämättömyys altistaa myös muistisairauksille. Muita riskitekijöitä ovat erilaiset liuottimet, raskasmetallit sekä voimakkaat sähkömagneettiset kentät. (Alhainen.) Työikäisellä työn kuormittavuus ja kiire voivat pitkittyessään aiheuttaa muistioireita ja keskittymiskyvyttömyyttä (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 9). Stressihormoni glukokortikosteroidin uskotaan hidastavan veren virtausta hippokampukseen ja aiheuttavan neuronien tuhoutumista (Sipponen 2012, 148).

Tietyt lääkkeet voivat myös heikentää muistia. Esimerkiksi rauhoittavat lääkkeet vaikuttavat aivojen tiedonkäsittelyyn ja muistitoimintoihin. Myös joillakin virtsan pidätykskykyyn vaikuttavilla lääkkeillä saattaa olla osuutta muistin heikkenemiseen. Muistiin välillisesti vaikuttavia sairauksia ovat aineenvaihduntaan liittyvät sairaudet sekä esimerkiksi vaikea kilpirauhasen vajaatoiminta. (Juva 2011.)

Viimeisimpien tutkimusten mukaan näiden edellä lueteltujen vaaratekijöiden hoidolla tai niitä karsimalla voidaan vaikuttaa merkittävästi aivoverenkierron häiriöiden ja verisuoniperäisen aivopatologian ilmaantuvuuteen. Aivoverenkierron häiriöillä on todennäköisesti vaikutusta kognitiiviseen heikkenemiseen ja mahdollisesti Alzheimerin taudin kehittymiseen. (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1138.)

Depressiolla ja dementialla näyttäisi tutkimustulosten valossa olevan suora yhteys toisiinsa. Molemmat heikentävät muistia sekä toimintakykyä. Depressio ja dementia ovatkin toistensa riskitekijöitä. Depressio altistaa verisuonivaurioille ja aivoverenkierron häiriöillä näyttäisi olevan yhteyttä masennukseen sekä kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemiseen. (Juva 2007, 1237.)

Muistiongelmien riskiä alentavia tekijöitä puolestaan ovat koulutus, liikunta, henkinen ja sosiaalinen aktiivisuus, antioksidantit, kalaöljyt sekä verenpaine- ja kolesterolilääki-

tys tarvittaessa (Erkinjuntti 2006). Sydämen ja verisuoniston terveydestä huolehtimalla pidetään myös aivojen terveyttä yllä (Muistisairaudet 2010).

Käypä hoito suositus muistisairauksien haasteeseen koostuu neljästä vaiheesta, jotka ovat:

1. ennaltaehkäisy
2. varhainen taudinmääritys
3. kokonaisvaltainen hoito ja kuntoutus
4. ehyt hoitopolku

(Muistisairaudet 2010)

Opinnäytetyössä perehdyttiin tähän edellä mainittuun muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja yritettiin kartoittaa keinoja väestön motivoimiseen ja omaehtoisin muutoksiin. Riskitekijöihin puuttumalla voidaan esimerkiksi Alzheimerin taudin puhkeamista siirtää jopa viidellä vuodella. Väestötasolla tämä voisi vähentää taudin ilmaantuvuutta 50 prosentilla yhden sukupolven aikana. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7.)

Neurologian erikoislääkäri Kari Alhainen jakaa muistisairauksien vaaratekijät kolmeen ryhmään: perinnöllisesti määräytyviin, elämäntapatekijöihin ja muihin sairauksiin ja tiloihin. Perinnöllisiin ominaisuuksiin emme voi vaikuttaa, mutta elämäntapatekijöihin voimme. Myös tiettyjen sairauksien ilmaantumista, kuten tyypin 2 diabetes-ta, voimme viivästyttää tai kokonaan ehkäistä terveellisemmällä valinnoilla.

Seuraavassa kappaleessa perustellaan tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien interventioissa saatujen tutkimustulosten käytettävyyttä muistiterveyden edistämisessä.

4 TYYPIN 2 DIABETEKSEN JA SYDÄN- JA VERISUONITAUTIEN YHTEYS MUISTITERVEYTEEN

Ihmisen yleisellä terveydentilalla on suuri vaikutus aivoihin ja tätä kautta muistiin ja sen heikkenemiseen. Aivojen terveyden ylläpitäminen onkin ensisijaista muistin heikkenemisen ehkäisyssä. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011, 1107 - 1116.) Aivoverenkiertosairauksilla ja perinteisillä valtimotaudin vaaratekijöillä kuten korkealla verenpaineella, korkealla kolesterolilla, ylipainolla ja diabe-

teksella on tutkimuksissa todettu olevan suora yhteys muistisairauksiin (Erkinjuntti 2011).

Tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien yhteys muistiin ilmentyy juuri aivoverisuonien kohdalla. Pienien aivoverisuonien sairaus lisää ja varhentaa merkittävästi muistioireiden ilmaantumista. (Erkinjuntti 2011.)

Kansanterveydellisestikin merkittävää on huomata, että muistiterveyden riskitekijöihin kuten korkeaan verenpaineeseen, korkeaan kolesteroliin, ylipainoon ja diabetekseen voidaan vaikuttaa elintapamuutoksilla. Nämä kaikki ovat itsenäisiä ja hoidettavia riskitekijöitä aivoterveydelle. (Erkinjuntti 2011.)

Tutkimusnäyttöä muistin heikkenemiseen vaikuttavista tekijöistä löytyy. Kuitenkaan sellaisia tutkimuksia ei ole vielä tehty, joissa olisi selvitetty näiden muistiin vaikuttavien vaaratekijöiden eliminoinnin tai korjaamisen vaikutusta ensisijaisesti kognitiiviseen heikkenemiseen tai Alzheimerin tautiin. (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1133). Luotettavaa tietoa terveellisen ruokavalion ja riittävän liikunnan merkityksestä tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on olemassa paljon (Valve & Oksman 2008, 21). Löytyy myös tutkimustietoa siitä, että tyypin 2 diabeteksella sekä sydän- ja verisuonisairauksilla on yhteyttä muistin heikkenemiseen (Kivipelto 2006). Edellä mainituista syistä johtuen opinnäytetyössä keskityttiin hakemaan tutkimustietoa kroonisten kansansairauksien hoidossa ja ehkäisyssä käytetyistä terveysinterventioista. Vakuuttavaa näyttöä interventioiden tehokkuudesta kyseisten sairauksien hoidossa löytyy, joten opinnäytetyön tulokset soveltuvat myös muistiterveyden edistämiseen.

5 ELINTAPAMUUTOKSILLA KOHTI PAREMPAA MUISTITERVEYTTÄ

Kehittyneissä länsivaltioissa elintapoihin liittyvät riskitekijät yleistyvät aina vain nopeammin. Tämän vuoksi käyttäytymisen ja toiminnan muutoksia tavoittelevien interventioiden tarve on suuri. Terveystieteiden ammattihenkilöt käyttävät yhä enemmän elintapaohjausta käyttäytymisinterventiona ohjatessaan ihmisiä kohti muutosta ja terveellisempiä elämäntapoja. (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208 - 209.)

Interventiolla tarkoitetaan väliintuloa tai sekaantumista. Sosiaalisesta väliintulosta puhutaan silloin, kun esimerkiksi autetaan alkoholista riippuvaista henkilöä pääsemään

eroon riippuvuudestaan. (SuomiSanakirja.fi.) Interventiolla tässä työssä tarkoitetaan toimenpidettä tai tapaa, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan, valintoihin tai käyttäytymiseen.

Parhaimmillaan interventiovälineiden avulla ihmisen sisäinen motivaatio herää ja kasvaa, samalla huomio kiinnittyy oman muistiterveyden sen hetkiseen tilaan. Terveystiedon edistämisen näkökulmasta interventiovälineillä mahdollistetaan elintapamuutos ja motivoidaan henkilöitä tekemään parannuksia muistinsa hyväksi.

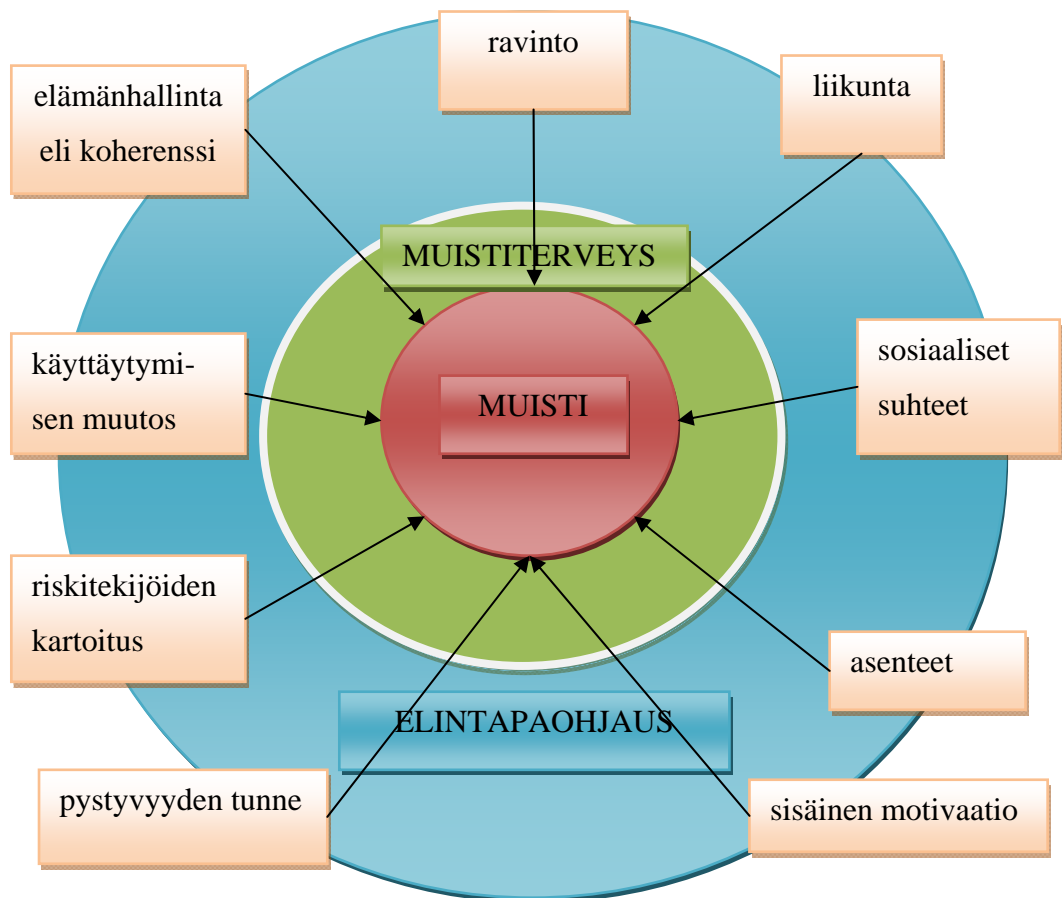
Elintapamuutoksilla voidaan estää tyypin 2 diabeteksen puhkeaminen jopa paremmin kuin lääkityksellä (Poskiparta 2007). Suomalaisen diabeteksen ehkäisy tutkimuksen DPS:n (Diabetes Prevention Study) mukaan tyypin 2 diabetesriski väheni 58 prosentilla niillä henkilöillä, jotka onnistuivat elintapamuutoksissaan. Tutkimukseen osallistuneet laihtuivat keskimäärin neljä kiloa, lisäsivät liikuntaa ja tekivät ravitsemuksessa laadullisia muutoksia muun muassa vaihtamalla kovat rasvat pehmeisiin kasvirasvoihin sekä lisäämällä kuituja ruokavalioonsa. Tutkimuksessa tehdyt elintapamuutokset olivat pieniä ja maltillisia, mutta ne toteutuvat päivittäin. (Salminen, Lindström, Louheranta & Rastas 2002, 1382.)

Elintapaohjauksessa on tärkeää korostaa elämänhallinnan osa-alueita. Riskitekijöiden osoittamisen ja arvioinnin lisäksi tulisi huomiota kiinnittää myös terveyteen ja sitä edistäviin tekijöihin. Kokemus oman elämän hallittavuudesta ja mielekkyydestä edistää terveyttä. Vahvalla elämänhallinnalla eli koherenssilla on tutkimuksissa todettu olevan yhteyttä hyvään koettuun terveyteen sekä vähäisempiin stressioireisiin. Suomalaisen Lapsesta aikuiseksi -pitkittäistutkimuksen mukaan elämänhallinnalla on vaikutusta myös terveystietoisuuteen. Tutkimuksen mukaan vahvan koherenssin eli elämänhallinnan omaavilla henkilöillä ilmeni vähemmän tupakointia ja alkoholin riskikulutusta kuin heikon koherenssin omaavilla henkilöillä. (Turku 2007, 25.)

Terveydenhuoltolaissa on kohta, jossa sanotaan, että terveydenhuollossa käytettävien menetelmien vaikuttavuudesta tulee olla näyttöä (Terveydenhuoltolaki 2010). Terveystiedon edistämisen vaikuttavuutta voidaan Kiiskisen ym. (2008, 21) mukaan mitata kahdella tasolla. Ensimmäisellä tasolla tarkoitetaan välituloksia, joita ovat muun muassa muutokset motivaatiossa, asenteissa, pystyvyyden tunteessa ja käyttäytymisessä. Toinen taso kuvaa pitkän aikavälin muutoksia yksilön terveydessä ja hyvinvoinnissa. Jotta tuloksia voitaisiin arvioida ja vertailla keskenään, täytyy erilaisia interventiotekni-

koita listata ja määritellä. Elintapaohjauksen vaikutuksia ja tuloksia voidaan siis arvioida vasta, kun eri tekniikoita on esitelty ja määritelty. (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208.)

Opinnäytetyön tietoperusta eli teoria on pohjana koko työlle ja tästä pohjasta nousee esiin työn viitekehys (Vilkkä & Airaksinen 2003, 43). Teoriaosiossa hyödynnetyt tutkimukset listattiin tutkimustaulukkuun. Taulukko löytyy työn lopusta liitteenä 1. Seuraavassa kuvassa havainnollistetaan opinnäytetyön viitekehys.



Kuva 1. Opinnäytetyön viitekehys

6 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on järjestelmällistä, tarkasti määriteltyä ja rajattua tiedonhakua, joka on dokumentoinnin ansiosta uudelleen toistettavissa. (Tähtinen

2007, 10.) Se on sekundaaritutkimusta, joka rajautuu tarkasti olemassa oleviin ja kriteerit täyttäviin tutkimuksiin.

Kirjallisuuskatsaus ymmärretään tutkimusprosessina, joka etenee vaiheittain suunnittelusta raportointiin. Vaiheita voi olla useita, mutta pääpiirteittäin ne ovat seuraavalaisia: 1) katsauksen suunnittelu, 2) katsauksen tekeminen hakuineen ja analysointineen ja 3) katsauksen raportointi. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri (toim.) 2007, 4 - 5.) Jokainen vaihe on tarkkaan määritelty ja vaiheiden kirjaaminen tehdään huolellisesti, jotta virheiden mahdollisuus minimoidaan ja katsaus on mahdollista toistaa myöhemminkin (Johansson et al. 2007, 5).

Systemaattisuudella viitataan etukäteen määriteltyyn suunnitelmaan tai metodiin. Englanniksi systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta käytetään käsitteitä systematic review, systematic overview tai systematic literature review. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

6.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus opinnäytetyössä ja katsauksen vaiheet

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe oli tutkimussuunnitelman laatiminen eli katsauksen suunnittelu. Kirjallisuuskatsaus etenee määrätietoisesti tutkimussuunnitelman pohjalta. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.) Tutkimussuunnitelman ja tutkimuskysymysten määrittämisen lisäksi systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu alkuperäistutkimusten hausta, niiden valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Opinnäytetyö eteni seuraavien vaiheiden mukaisesti:

1. Aiheen valinta
2. Tutkimussuunnitelman laatiminen
3. Teoriapohjan haku
4. Tutkimuskysymysten määrittäminen
5. Aineiston haku, valinta ja laadun arviointi

6. Aineiston analysointi

7. Tulosten esittäminen

8. Pohdinta

Opinnäytetyöhön pyrittiin löytämään mahdollisimman kattava otos aiheeseen liittyviä alkuperäistutkimuksia sekä artikkeleita. Aineiston keräämisestä kerrotaan tarkemmin luvussa 6.4. Löytynyt materiaali käsiteltiin sisällönanalyysin menetelmin. Tarkoituksena oli löytää opinnäytetyön tavoitteita vastaavaa tietoa. Sisällönanalyysi on prosessina kuvattu kappaleessa 6.6.

Opinnäytetyössä hyödynnettiin laadullista eli kvalitatiivista lähestymistapaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa halutaan tutkia ja ymmärtää ilmiötä kokonaisuudessaan, esimerkiksi selvityksen tai ohjeistuksen toteuttamisessa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 63 - 64). Tiivistetysti kvalitatiivinen tutkimus on tosiasioiden löytämistä ja paljastamista. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole teorian testaaminen vaan aineiston laaja-alainen tarkastelu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 164.)

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan todellista elämää. Se tutkii kohdetta kokonaisuudessaan, koska elämää ei voi jaotella yksityiskohtaisesti eri asioihin. Elämän tapahtumilla on usein päällekkäisyyttä, toisin sanoen eri asioilla voi olla yhteytensä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161 - 162.) Tähän samaan käsitykseen törmää useiden interventiotutkimusten tulosten luotettavuuden arvioinnin kohdalla. Ihmisen elämään vaikuttaa monia erilaisia satunnaistekijöitä eikä kaikkia näitä ole mahdollista eliminoida tutkimuksen ajaksi. Laadullista tutkimusta tuleekin arvioida kokonaisuutena, jolloin sen johdonmukaisuus tulee esiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Kirjallisuuskatsausta tehtäessä on tärkeää pitää mielessä koko prosessin ajan katsaukselle asetettu tavoite. Tuloksen tulee vastata tavoitetta. (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri (toim.) 2007, 58.)

Työn tekeminen vaati perehtymistä muistiin ja muistiterveyteen sekä sitä uhkaaviin riskitekijöihin. Aikaisempaa tutkimustietoa ja artikkeleita liittyen muistiterveyden edistämiseen interventioden keinoin etsittiin laajasti ja monipuolisesti. Koska kyseistä tietoa ei vielä ollut saatavilla, päädyttiin kartoittamaan tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien kohdalla käytettyjä interventiovälineitä, joilla elintapamuutos mah-

dollistettiin. Kuten jo aikaisemmin kappaleessa 1 todettiin, tyypin 2 diabetes sekä sydän- ja verisuonisairaudet ovat yhteydessä muistiterveyteen. (MacKnight, Rockwood, Awalt & McDowell 2002; Cheng, Huang, Deng & Wang 2012; Kivipelto 2006). Tämän vuoksi kyseinen tutkimustieto oli hyväksyttävää muistiterveyden interventioiden kartoittamiseen.

Työ rakentui tutkijan omaan pohdintaan sekä tutkittuun tietoon. Tieteelliselle tekstille onkin tyypillistä aikaisempaan tutkimustietoon viittaaminen. Viittausten kautta oma teksti rakentuu vuoropuhelunomaiseksi. Tutkimusraportille on myös ominaista muiden kehittämien ajatusten, näkökulmien, käsitteiden ja määritelmien lainaaminen. (Kniivilä, Lindblom-Yläne & Mäntynen 2007, 13 - 15.) Seuraavassa kappaleessa avataan ja selitetään keskeisimpiä opinnäytetyössä esiintyviä käsitteitä.

6.2 Keskeiset käsitteet

Tieteellinen tutkimus perustuu aina käsitteisiin. Asioiden käsitteellistämisen tarkoitus on hahmottaa maailmaa yleisellä eli teoreettisella tasolla. Toisin sanoen jokainen teoreettinen käsite on useiden konkreettisten tosiasioiden avulla muodostettu yleistys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 146 - 147.) Opinnäytetyössä esiintyy useita käsitteitä, jotka ovat olennaisia ja liittyvät aiheeseen. Seuraavassa avataan ja käydään läpi näistä käsitteistä tärkeimpiä.

Opinnäytetyön otsikossa mainitaan sana interventiovälineet. Interventiolla ymmärretään nykysuomen sanakirjan mukaan väliintuloa tai oikeustermistössä sekaantumista. Terveysportti määrittelee intervention toimenpiteeksi, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen. Interventioväline on työkalu tai tapa tehdä asioita ja sillä yritetään vaikuttaa johonkin tiettyyn käyttäytymismalliin tai toimintoon. Toisin sanoen interventio on johonkin teoriaan tai malliin pohjaavaa neuvontaa tai ohjausta. Suomessa toteutettu D2D-hanke (2010) on todistanut elintapaneuvonnan eli intervention merkityksen ihmisten käytöksen muutoksiin. Hanke on osoittanut, että mitä useammalle ohjauskäynnille asiakas on osallistunut, sitä parempi on tulos ollut. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa toteutettu elämäntapaohjaus painonhallinnassa on osoittanut, että painonlasku on sitä suurempi mitä enemmän interventiokäyntejä toteutetaan.

Muistiterveys on aivojen hyvinvointia ja terveyttä. Aivot ylläpitävät elämää ja mahdollistavat yksilön ja ympäristön välisen vuorovaikutuksen. Aivot myös välittävät aistimuksina tietoa ympäröivästä maailmasta ja ohjaavat ihmisen toimintaa. Muisti on osa aivojen toimintaa. Muistaminen on tapahtumasarja, jonka aikana on tarkoitus oppia uutta tai palauttaa mieleen jo aiemmin opittuja asioita. Muistaminen kokonaisena prosessina edellyttää aivoilta mieleen painamista, mielessä säilyttämistä ja mieleen palauttamista. (Muistiliitto.) Ennaltaehkäisy on tärkeä osa muistiterveyttä ja muistisairauksien välttämistä (Ravinnolla iso merkitys muistisairauksien ehkäisyssä 2012).

Elin- tai elämäntapamuutoksilla tarkoitetaan terveystieteissä muutoksia liikunnan ja ravitsemuksen saralla. Muutosten tavoitteena on parempi terveys. Elintapamuutokset vaativat toteuttajalta sitoutumista ja päättäväisyyttä. Elintapamuutos alkaa motivoitumisella ja tarpeen tunnistamisella. Tavoitteiden asettaminen on tärkeää seurannan ja jatkuvuuden kannalta. Lisäksi muutoksen huolellinen suunnittelu helpottaa tapojen muuttamista sekä poisoppimista vanhasta ja tutuksi tulleesta toimintamuodosta. Pelkkä päätös ja tavoitteiden asettaminen ei vielä riitä, vaan täytyy rohkeasti ottaa askel kohti muutosta ja kokeilla sen soveltuvuutta omaan elämään. Seuraamalla ja arvioimalla omaa toimintaa voidaan saavuttaa pysyvämpiä tuloksia eikä retkahduksia vanhoihin toimintamuotoihin tule niin helposti. Elintapamuutos lyhykäisyydessään tarkoittaa käyttäytymisen muutosta, jolla tavoitellaan uusien tapojen oppimista ja vanhoista ja huonoista tavoista luopumista. (Absetz & Hankonen 2011, 2265 - 2267.)

Kansallisella tasolla terveyden edistämisellä tarkoitetaan kansanterveystyön osaa, jonka avulla pyritään turvaamaan kansalaisten hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on yleinen ohjaus- ja valvontavastuu. Terveyden edistämisestä on säädetty kansanterveyslaissa, tartuntalaissa, tupakkalaissa sekä raittiustyölaissa. (Terveyden edistäminen). Yksilötasolla terveyden edistäminen on käytännön pieniä tekoja, joilla tavoitellaan parempaa terveyttä.

Motivaatiolla tarkoitetaan ihmisen toimintaa, joka tähtää tarpeiden toteuttamiseen ja sisäisten jännitteiden vähentämiseen. Motivaatio on keskeinen osa ihmisen persoonallisuutta. Motivaatioteorioiden mukaan ihmisen toimintaa ohjaavat sisäiset halut ja ympäristön vaikutus. Ihmisen motivoitumiseen vaikuttavat erilaiset motiivit, joita ovat muun muassa erilaiset halut, tarpeet, vietit sekä sisäiset yllykkeet, palkkiot ja rangais-
tukset. Kyseiset motiivit voivat olla tiedostamattomiakin. Motivaatiolla siis tarkoite-

taan eri motiivien aikaansaamaa tilaa ja ne virittävät ja ylläpitävät toimintaa. Motivaatio ymmärretään nykytutkimuksen mukaan yhdistelmäksi ajatus-, tunne- ja tahtotoimintoja. Motiiviteoriat jakavat motivaation sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Sisäisen motivaation kohdalla ihminen toteuttaa itseään haluamallaan tavalla, kun taas ulkoista motivaatiota ylläpitää usein ryhmäpaine tai halu matkia toisia. Ulkoiselle motivaatiolle on ominaista, että se syntyy palkkion toivossa tai rangaistuksen pelossa. Sisäinen motivaatio puolestaan ei ole herätettävissä palkkioilla. Sisäinen motivaatio on omaehtoista ja tuottaa parhaita oppimistuloksia. (Motiivi ja motivaatio.)

Ihmisen käyttäytymistä tutkittaessa on hyvä muistaa alan haastavuus ja haavoittuvuus monien tuloksiin vaikuttavien muuttujien takia. Terveystieteiden tutkimuksissa tutkimuksen kohteena ovat ihmiset laajasti ja hyvinkin eri tavoin kuvattuna. Ihmistieteelliselle tutkimukselle ominaista on se, että tutkittavien erilaiset tavoitteet, motiivit, mielikuvat ja asenteet vaikuttavat tutkimustuloksiin. (Metsämuuronen 2009, 34 - 35.)

Keskeisimpiä käsitteitä työssäni ovat: muistiterveys, interventio, elämäntapamuutos, elintapamuutos, motivaatio, terveyden edistäminen, elämänhallinta ja muutoshalukkuus.

6.3 Tutkimuskysymysten määrittäminen

Tutkimussuunnitelmassa luodaan tarkat tutkimuskysymykset, joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään löytämään vastaus. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodin mukaan ensin laadittiin tutkimussuunnitelma ja määriteltiin päätavoite sekä tutkimuskysymykset. Näihin kysymyksiin peilaten kerättiin olemassa olevaa tietoa aiheesta samalla arvioiden sen laatua. Tiedonhaku kohdistettiin kahteen eri välineeseen, sähköisiin tietokantoihin ja laadukkaita artikkeleita tuottaviin lehtiin, jotta otannasta tulisi luotettava ja riittävän laaja. Riittävällä otannalla pyritään minimoimaan tiedon valikoitumisesta aiheutuvaa harhaa (Metsämuuronen 2009, 46 - 47). Yksityiskohtaisesti laaditulla suunnitelmalla voidaan ehkäistä systemaattista harhaa (eng. systematic bias), jolla tarkoitetaan prosessin aikana tapahtuvaa virhettä. Tällainen virhe voi muuttaa järjestelmällisesti tutkimustulosta tai päätelmiä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Opinnäytetyön päätavoite oli kartoittaa tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien interventioissa käytettyjä interventiovälineitä. Tarkoituksena oli löytää menetelmiä, joita voitaisiin jatkossa soveltaa muistiterveyttä edistävissä interventioissa. Tutkimuskysymykset, joilla päätavoite toivottiin saavutettavan, olivat:

1. Mitä on elintapaohjaus?
2. Mitä eri interventiovälineitä käytetään tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien interventioissa?
3. Mitä hyötyä interventiovälineiden käytöstä on?
4. Mikä haittaa elintapamuutoksen toteutumista?
5. Minkälaisissa tilanteissa interventiovälineitä voi käyttää?

6.4 Aineiston haku

Katsauksen toinen vaihe oli aineiston kerääminen tutkimussuunnitelman mukaisesti. Samanaikaisesti aineistoa analysoitiin sisällöllisesti vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tutkimusaineistoa kerätessä sitä myös arvioidaan laadullisesti täyttämään asetetut valintakriteerit (Johansson et al. 2007, 6 - 7).

Käytetyt tiedonhakuvälineet valittiin harkitusti ja esihakuja tekemällä. Esihakuja tehtiin syksyn 2012 aikana useamman kerran ja eri hakusanoja testattiin samalla. Alkuperäistutkimusten haku tulee tehdä systemaattisesti ja kattavasti sellaisista tietolähteistä, joista saadaan tai oletetaan saatavan tutkimuskysymyksiä vastaavaa tietoa (Johansson et al. 2007, 58).

Menetelmäkirjallisuuden ohjeiden mukaan hakuja tulisi suorittaa tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä ja antaa kysymysten ohjata valittuja hakusanoja. Toisin sanoen jokaista tutkimuskysymystä kohden tulisi suorittaa omia hakuja. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.) Opinnäytetyössä tutkimuskysymykset muodostuivat yhden kokonaisuuden ympärille eikä hakusanoja ollut mahdollista tai mielekästä valita jokaiseen kysymykseen erikseen. Hakusanat valittiin tutkimuksen tavoitteen mukaisesti ja aineistoa valittaessa pidettiin kaikki tutkimuskysymykset mielessä. Vesa-verkkosanas-toa hyödynnettiin hakusanojen valinnassa koehakuja tehtäessä.

Systemaattisen tiedonhaku tehtiin 2.-3.1.2013. Haut suoritettiin systemaattisesti eri sanoilla tai näiden lyhennelmillä, käyttäen hakukoneen vaatimaa lyhennysmerkkiä, kuten esimerkiksi *-merkkiä. Käytetyt hakukoneet olivat Arto ja Medic.

Arto on suomalaisten artikkeleiden viitetietokanta, johon kerätään aineistoa yli neljästä sadasta jatkuvasti ilmestyvästä aikakauslehdestä. Medicistä löytyy kotimaisia terveystieteiden tutkimuksia. Se on tietokanta, jota on tuottanut vuodesta 1978 alkaen Terveystieteiden keskuskirjasto Terkko. Medic sisältää aineistoa suomalaisista lääke-, hammas- ja hoitotieteistä. (Johansson et al. 2007, 29 - 30.)

Artossa hakukriteereitä olivat: 1) sanahaku, 2) viimeiset kymmenen vuotta, 3) julkaisumaa mikä tahansa, 4) aineistona kaikki painettu ja elektroninen ja 5) kieli mikä tahansa. Hakusanoja ollessa useampia käytettiin välissä ”and” operaattoria, jolloin haakuun saatiin kaikki sellaiset viitteet, joissa molemmat tai kaikki hakusanat esiintyivät.

Medicin hakukriteerit olivat: 1) tekijä/otsikko/asiasana/tiivistelmä, 2) vuosiväli 2002 - 2012, 3) asiasanojen synonyymit käytössä, 4) kaikki kielet ja 5) kaikki julkaisutyypit. Hakusanoja katkaistiin *-merkillä, jolloin sanalyhennelmästä saatiin useita vaihtoehtoja. Esimerkiksi sanasta terv* saatiin hakutuloksina muun muassa terveellinen, terveyden, terveys ja kaikki näiden yhdyssanat.

Seuraavassa taulukossa esitetään kaikki haut hakukoneiden mukaan. Jokaisen haun kohdalla on eriteltynä käytetyt hakusanat tai niiden lyhennelmät. Myös hakukriteerit kuvataan jokaisen haun kohdalla. Viimeisessä sarakkeessa ilmoitetaan kokonaisosumien lukumäärät sekä esikarsinnan jälkeen hyväksytyjen aineistojen määrät. Esikarsintaa tehtiin ensin otsikon ja sen jälkeen tiivistelmän perusteella.

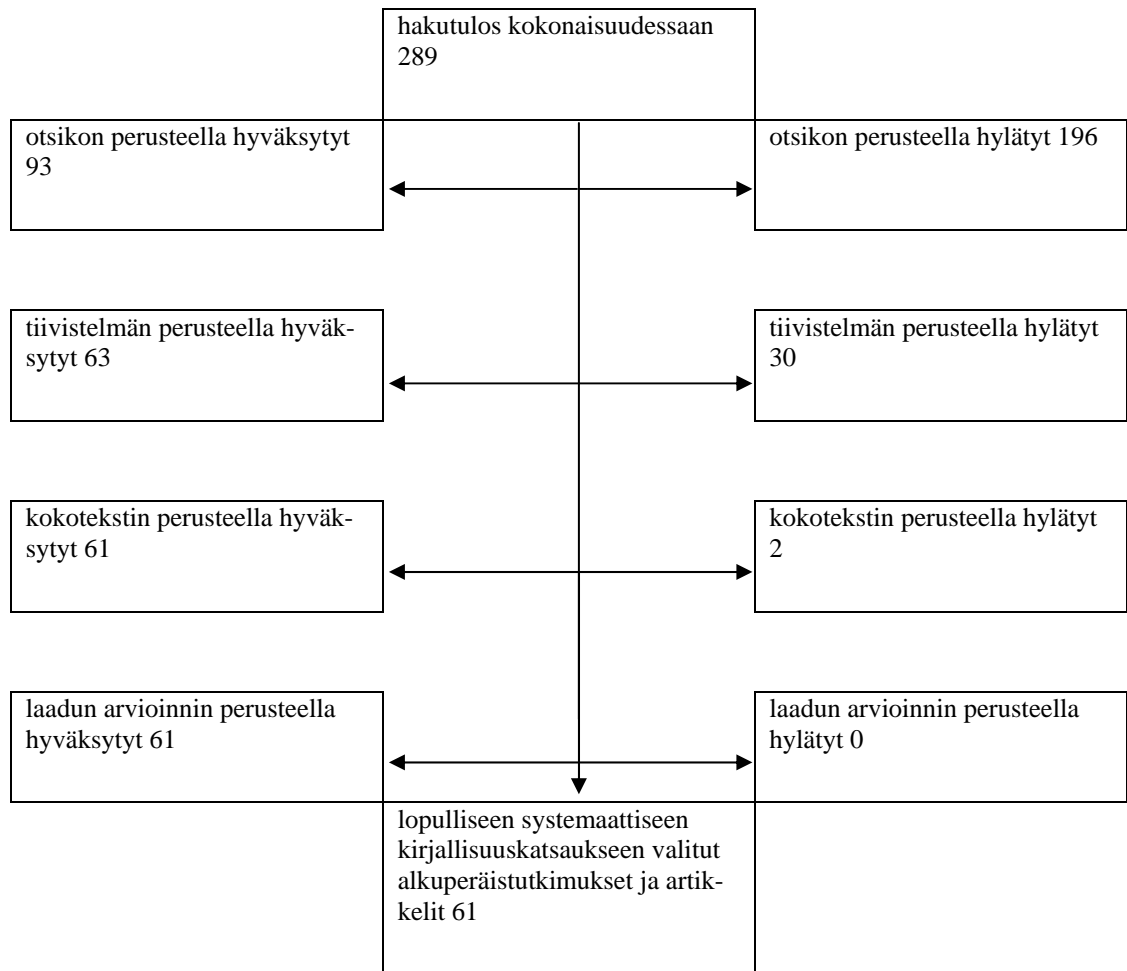
Taulukko 1. Tietokantahakujen kriteerit sekä osumat

hakukone	hakusanat ja kriteerit	osumat
Arto	terveyskäyttäytyminen and muutos -viimeiset 10 vuotta -kieli: mikä tahansa -julkaisumaa: mikä tahansa -aineisto: kaikki	8 otsikon perusteella valittu 3 tiivistelmän perusteella valittu 3

Medic	diab* soker* and elintap* -kieli: kaikki -aikarajaus: 2002-2012 -asiasanojen synonyymit käytössä -kaikki julkaisutyypit	37 otsikon perusteella valittu 17 tiivistelmän perusteella valittu 12
Medic	terv* healt* and elintap* lifesty* and inter* -kieli: kaikki -aikarajaus: 2002-2012 -asiasanojen synonyymit käytössä -kaikki julkaisutyypit	29 otsikon perusteella valittu 17 tiivistelmän perusteella valittu 13
Medic	elintap* -kieli: kaikki -aikarajaus: 2002-2012 -asiasanojen synonyymit käytössä -kaikki julkaisutyypit	167 otsikon perusteella valittu 31 tiivistelmän perusteella valittu 28
Medic	motivoi* -kieli: kaikki -aikarajaus: 2002-2012 -asiasanojen synonyymit käytössä -kaikki julkaisutyypit	42 otsikon perusteella valittu 20 tiivistelmän perusteella valittu 5

Tiedonhakuprosessi on kokonaisuudessaan kuvattuna seuraavassa kuvassa. Kaikkiaan tiedonhaun osumia tuli 289 kappaletta. Katsaukseen mukaan hyväksytty tai katsauksen ulkopuolelle hylätty aineisto on kuvassa 2 seuraavalla sivulla selvennetty yksityiskohtaisesti. Kuvassa selvennetään myös hylkäysvaihe, eli onko aineisto hylätty otsikon, tiivistelmän vai kokotekstin perusteella.

Työn tässä vaiheessa ei ollut vielä päällekkäisyyksiä eli samaan aineistoon kohdistuneita osumia karsittu pois. Toisin sanoen hakujen osumien lukumäärä pieneni myöhemmin, kun päällekkäinen aineisto karsittiin.



Kuva 2. Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi sähköisistä lähteistä

Manuaalinen haku tarkoittaa alkuperäistutkimusten tai näitä sivuavien artikkeleiden etsimistä käsin valituista lähteistä. Käsin tehtävään hakuun valitaan rajatulta ajalta tutkimuskysymysten kannalta keskeistä aineistoa, jota voi löytyä muun muassa lehdistä, teoksista, julkaisuista tai lähdeluetteloista. Manuaalisella haulla halutaan varmistaa, ettei elektronisten hakujen ulkopuolelle ole jäänyt aiheeseen liittyviä tärkeitä tutkimuksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40 - 41.)

Opinnäytetyön manuaalinen haku kohdentui kahteen aikakauslehteen, jotka tuottavat laadullisesti tutkimukseen hyväksyttävää aineistoa. Valitut lehdet olivat Tutkiva hoitotyö ja Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Tutkiva Hoitotyö -lehdestä löytyi kriteerejä vastaavia artikkeleita yksi kappale, joka myös hyväksyttiin tutkimusaineistoksi. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti tuotti kaksi valintakriteerit täyttävää osumaa, joista molemmat oli jo aikaisemmin hyväksytty tutkimusaineistoon. Tämän päällekk-

käisyyden vuoksi kyseisestä lehdestä ei tullut valituksi yhtään artikkelia. Taulukko 2 kuvaa manuaalisen haun tuloksia.

Taulukko 2. Manuaalinen haku

lehti	vuosikerta	osumat	valitut
Tutkiva hoitotyö	2003 - 2012	1	1
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti	2006 - 2011	2	0

Sähköisiin tietokantoihin tehtiin yhteensä viisi eri hakua. Samoja tutkimuksia ja artikkeleita löytyi eri hauissa. Tätä ei pidetty poissulkukriteerinä. Tämän vuoksi aineiston lopullinen määrä oli pienempi kuin 61, joka ilmoitettiin kuvassa 1. Päällekkäisyyksien karsimisen jälkeen aineiston lopulliseksi määräksi jäi 17 eri tutkimusta tai artikkelia.

Seuraavassa taulukossa kuvataan kaikki katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset päällekkäisyyksien karsimisen jälkeen. Kaiken kaikkiaan katsaukseen mukaan hyväksyttiin neljä alkuperäistutkimusta.

Taulukko 3. Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

Tekijä, tutkimus, vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä
Alahuhta, M. 2010. Tyypin II diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun yliopisto.	Tarkoitus kuvata tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä.	Videoidut keskusteluaineistot ja kyselyt, otanta 74, aineiston analyysi sisällönanalyysillä.
Hankonen, N. 2011 Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. Terveyskäyttäytymisen muutoksen psykososiaaliset prosessit elämäntapainterventiossa: Sukupuolen, sosioekonomisen ase-	Ennustavatko 3 kk kestäneen elämäntapaohjauksen aikana pystyvyysuskomuksissa sekä toiminta- ja varmistussuunnitellessa tapahtuneet muutokset liikunta- ja ruokailutottumusten paranemista sekä laihutumista 1 ja 3 vuoden kuluttua. Sekä ovatko elämäntapamuutosta tukevat mekanismit samanlaiset suku-	Otanta 385, 50 - 65 -vuotiaita, joilla kohonnut riski tyypin II diabetekseen Pienryhmätapaamiset

man ja persoonallisuuden merkitys onnistumisessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, tutkimus 51/2011. Helsinki	puolesta ja koulutuksesta riippumatta.	
Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.	Tarkoitus kehittää malli potilasohjaukseen. Kaksivaiheinen tutkimus. Ensimmäisessä vaiheessa tutkittiin ohjauksen laatua. Toisessa vaiheessa määriteltiin ohjaus-käsite.	Potilaskysely, otanta 844. Kysely hoitohenkilökunnalle, otanta 916. Käsiteanalyysi ja induktiivinen sisällönanalyysi.
Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis.	Tarkoituksena arvioida motivoivan haastattelun tehokkuutta eri alueilla ja osoittaa tuloksia muokkaavia tekijöitä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Tutkimuksessa mukana 72 satunnaisesti tutkittua tutkimusta.

Taulukossa 4 on esillä kaikki katsaukseen sähköisistä lähteistä valitut artikkelit päällekkäisyyksien karsimisen jälkeen. Yhteensä valintakriteerit täyttäviä artikkeleita löytyi 13 kappaletta.

Taulukko 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit

Kirjoittaja, lehti, lehden numero	Artikkelin otsikko
Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen. Tutkiva Hoitotyö 2/2010.	Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä
Leino. Sairaanhoitaja-lehti 12/2005.	Elintapojen muutos pääroolissa kohonneen verenpaineen hoidossa
Hankonen. Psykologia-lehti 2/2012.	Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen?
Absetz & Hankonen. Duodecim-lehti 21/2011.	Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot
Mustajoki & Kunnamo. Terveyskirjasto Duodecim 2009	Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta
Ketola. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 119/2003.	Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa
Mustajoki. Lääkärilehti 42/2003.	Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi

	osapuoleksi?
Hyypä. Suomen lääkärilehti 46/2008.	Sosiaalinen pääoma edistää terveyttä
Saaristo, Moilanen, Jokelainen, Oksa, Korpi-Hyövähti, Saltevo, Vanhala, Niskanen, Peltonen, Tuomilehto, Uusitupa & Keinänen-Kiukaanniemi. Suomen lääkärilehti 26 - 31/2010.	Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin
Heinonen. Diabetes ja lääkäri 12/2007.	Terveysliikunnan motivoiva ohjaus
Hankonen. Lääkärilehti 10/2012.	Käyttäytymistieteistä vaikuttavuutta terveyden edistämiseen
Leino. Sairaanhoitaja-lehti 12/2005.	Elintapojen muutos pääroolissa kohonneen verenpaineen hoidossa
Nupponen. Lääkärilehti 10/2009.	Käyttäytymisen muutosvaiheet eri sosiaaliryhmissä

6.5 Aineiston valinta ja laadun arviointi

Systemaattista kirjallisuuskatsausta tehtäessä tulee huomiota kiinnittää myös käytetyn aineiston laatuun. Laatukriteerit määritellään jo tutkimussuunnitelmassa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42 - 43.) Laadun arvioinnin tarkoitus on lisätä kirjallisuuskatsauksen yleistä luotettavuutta. Lisäksi laadun arvioinnilla pyritään tuottamaan suosituksia uusille jatkotutkimuksille, ohjaamaan tulosten tulkinnassa sekä määrittämään vaikutusten voimakkuutta. (Johansson et al. 2007, 101, 106).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaatimusten mukaisesti tiedonhaku tehtiin järjestelmällisesti ja kaikki haun vaiheet kirjattiin tarkasti. Hakukoneet tai tietokannat, hakusanat ja muuttujat kirjattiin myös. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset ja artikkelit valittiin alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Valintakriteerit oli määritelty jo tutkimussuunnitelmaa tehtäessä. Ensimmäinen valintakriteeri oli, että tutkimuksen tai artikkelin sisällön tuli kokonaisuudessaan olla olennainen opinnäytetyön aiheen kannalta. Vain olennaisesta aineistosta voidaan saada vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Seuraavassa taulukossa esitellään muut valinta- ja poissulkukriteerit löydetyille lähdemateriaalille.

Taulukko 5. Aineiston valinta- ja poissulkukriteerit

Valintakriteerit	Poissulkukriteerit
-Tutkimuksen kohteena tai sen osana on elintapainterventio tyypin 2 diabeteksen tai sydän- ja verisuonitautien hoidossa	-Tutkimus ei käsittele elintapainterventiota -Tutkimus ei koske tyypin 2 diabeteksen tai sydän- ja verisuonitautien hoitoa
-Julkaisu on tieteellinen tutkimus tai alkupe- räistutkimuksen tuloksia käsittelevä artikkeli	-Julkaisu ei täytä tieteellisen artikkelin kriteerejä -Artikkeli ei perustu tutkimukseen
-Kansainväliset artikkelit ovat saatavissa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannoista tai kaukolainattavissa	-Artikkelit eivät ole saatavissa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kirjaston tietokannoista eivätkä ole kaukolainattavissa

Koko prosessin ajan lähdemateriaalin luotettavuutta arvioitiin ja karsintaa tehtiin sen perusteella. Lähdemateriaalin valinnassa tarvitaan harkintaa eli lähdekritiikkiä. Toisin sanoen tutkimuksen tekijän on yritettävä toimia kriittisesti lähteitä valitessaan ja niitä tulkittaessaan. Lähdekritiikin tekijöitä ovat mm. kirjoittajan tunnettuus, lähteen ikä ja alkuperä, uskottavuus ja todellisuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 109 - 110.) Tutkimustyyppin voidaan myös luokitella niiden painoarvon mukaan. Tällaisen luokittelun mukaan satunnaistetuilla kontrolloiduilla kokeilla on suurin painoarvo. Metsämuuronen (2000, 23 - 24) on listannut erilaisia tutkimustyyppisiä niiden painoarvon mukaiseen järjestykseen.

Taulukko 6. Tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä (Metsämuuronen 2000, 23)

1.	Suuret satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
2.	Pienet satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
3.	Ei-satunnaistetut kokeet, joissa kontrolliryhmä
4.	Ei-satunnaistetut kokeet, joissa historiallinen kontrolliryhmä
5.	Kohorttitutkimus
6.	Tapaus-kontrollitutkimus
7.	Poikittaistutkimus
8.	Rekisteritutkimus

9.	Sarja tapaustutkimuksia
10.	Yksittäinen tapaustutkimus

6.6 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Analyysin avulla pyritään muodostamaan kokonaisuudesta tiivistetty kuvaus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105). Sisällönanalyysin tarkoitus on kerätyn aineiston tiivistäminen siten, että tutkittavaa ilmiötä tai asiaa voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvata tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saada selkeästi näkyviin (Janhonen & Nikkonen 2003, 23). Sisällönanalyysissä tavoitteena on analysoida ja kuvata tietoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Laajakin aineisto voidaan saada sisällönanalyysin avulla tiiviiseen ja selkeään muotoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa usealla eri tavalla, koska yksityiskohtaisia sääntöjä ei ole olemassa. Sitä voidaan käyttää joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai aikaisemmin luodun käsitejärjestelmän pohjalta eli deduktiivisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Se voidaan toteuttaa siis joko laadullisista tai määrällisistä lähtökohdista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109 - 116).

Induktiivisessa sisällönanalyysissä prosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Abstrahoinnin tarkoitus on muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 6). Oleellista induktiivisessa analyysimuodossa on aineiston tiivistyminen. Toisin sanoen kuvataan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. (Kylmä & Juvakka 2007, 113.)

Deduktiivista sisällönanalyysiä ohjaa teema tai käsitekartta, joka pohjautuu aikaisempaan tietoon. Aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon etsitään materiaalia aineistosta. Analyysirunko voi olla väljä, jolloin sen yhteyteen muodostetaan aineistosta kategorioita, jotka noudattavat induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7).

Opinnäytetyössä sisällönanalyysi eteni deduktiivisesti tutkimusongelmittain ja käsitekarttana toimivat tutkimuskysymykset. Toisin sanoen aineistosta etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimusaineisto oli mielekästä käsitellä yhtenä kokonaisuutena, koska sitä ei voitu jaotella tutkimuskysymysten mukaan. Samassa tutkimuksessa kun käsiteltiin useampaa, usein jokaista opinnäytetyön tutkimuskysymystä. Tämän vuoksi koko aineistoa luettiin läpi tutkimuskysymyksittäin ja käytettiin erivärisiä korostustussseja löydettyä vastauksia kuhunkin tutkimuskysymykseen. Seuraavassa taulukossa kuvataan tutkimuskysymykset värikoodeittain.

Taulukko 7. Käytettyjen korostustussien värit tutkimuskysymyksittäin

Tutkimuskysymys 1. Mitä on elintapaohjaus?	keltainen
Tutkimuskysymys 2. Mitä eri interventiovälineitä käytetään tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien interventioissa?	vihreä
Tutkimuskysymys 3. Mitä hyötyä interventioiden käytöstä on?	oranssi
Tutkimuskysymys 4. Mikä häiritsee elintapamuutoksen toteutumista?	sininen
Tutkimuskysymys 5. Minkälaisissa tilanteissa interventiovälineitä voi käyttää?	punainen

Sisällönanalyysin viimeisessä vaiheessa tuloksia analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti perustuen tutkijan omaan pohdintaan. Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset löytyvät kappaleesta 9.1.

Jotta johtopäätöksiä voidaan tehdä, täytyy tuloksia ensin esittää. Kappaleessa 6.7 kuvaillaan tulosten esittäminen teoreettisesti ja kappaleessa 7 kerrotaan kirjallisuuskatsauksen tulokset.

6.7 Tulosten esittäminen

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan. Valmiiksi kerätty aineisto ja kirjoitettu teksti täytyy analysoida, jotta tutkimuksen tuloksia saadaan näkyviin (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Opinnäytetyössä aineisto ana-

lysoitiin sisällönanalyysillä käyttäen laadullista lähestymistapaa, koska aineistoa käsiteltiin ilmiönä ja kokonaisuutena.

Aineiston analysoinnin ja tutkimustulosten esittämisen tarkoitus on vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43). Tiedon kokoaminen eli aineiston käsittely ja analysointi on lyhykäisyydessään tutkimusaineiston kirjoittamista tekstiksi. Kirjoittamisvaiheessa on tärkeää säilyttää asia tarkoitettussa ja alkuperäisessä muodossa. Toisin sanoen kuvataan tarkasti sitä, mitä ja miten on sanottu. Pyrkimyksenä on siis todellisuuden mahdollisimman tarkka säilyttäminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 110.)

7 SYSTEMAATTISEN KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksen tulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin, jokainen kysymys omassa kappaleessaan. Käsitekarttana toimivat tutkimuskysymykset.

7.1 Elintapaohjauksen määritelmä

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli: ”Mitä on elintapaohjaus?”. Aineistoa luettaessa elintapaohjausta koskevat kommentit merkittiin keltaisella korostustussilla. Tulokset koottiin aineistosta suorina lainauksina ja kirjoitettiin työhön lähdeviitteineen.

Elämäntapamuutos tarkoittaa käyttäytymisen muutosta, sekä uuden omaksumista että vanhoista tavoista poisoppimista (Absetz & Hankonen 2011).

Elintapaohjauksen eli interventtioiden avulla tuetaan asiakkaita tekemään terveyspäätöksiä ja elintapamuutoksia. Elintapaohjauksella tarkoitetaan tietoisesti valittua menetelmää, jolla tavoitellaan terveyskäyttäytymisen muutosta. Siinä korostuvat ohjauksen suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus sekä vuorovaikutuksellisuus. Interventiot voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmätasolla. (Heinonen 2007.)

Useimmilla ihmisillä on epäterveellisiä tapoja ja tottumuksia. Lääkärien tehtävänä on kiinnittää huomiota niihin, jotka eniten uhkaavat terveyttä. (Mustajoki 2003.)

Potilaan kanssa keskustellaan siten, että hän joutuu ajattelemaan kyseistä asiaa. Tavoitteena on, että keskustelun ja oman ajattelun kautta potilas päätyy ratkaisuun, joka on hänen terveytensä kannalta hyvä (Mustajoki 2003.)

Ohjauksen tärkeimmät avainsanat ovatkin helppous, optimaalinen ajoitus, sopivan tietomäärän tarjoaminen sopivaan aikaan, merkityksellisyys ja mielekkyys (Heinonen 2007).

Elämäntapojen muutoksia ei ratkaise se, mitä hoitaja niistä ajattelee vaan se, mitä potilas ajattelee (Mustajoki & Kunnamo 2009).

7.2 Terveysinterventioissa käytetyt interventiovälineet

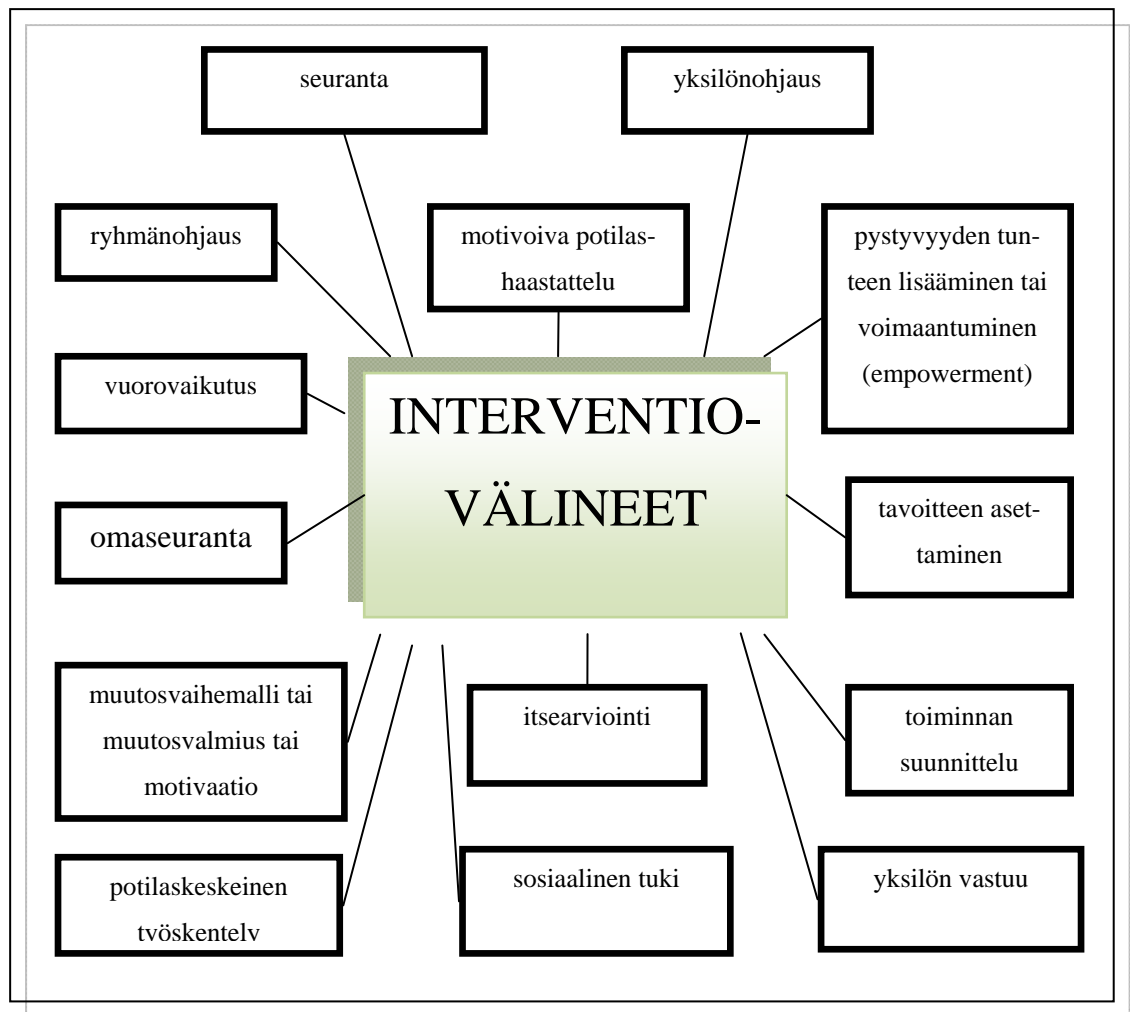
Toinen tutkimuskysymys oli: ”Mitä eri interventiovälineitä käytetään tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien interventioissa?”. Vastausta tähän kysymykseen etsittiin lukemalla aineistoa useaan kertaan ja vihreällä korostustussilla merkattiin kysymyksen aihepiiriin sopivaa tietoa. Aineistosta löydetty tutkimuskysymykseen sopivat tulokset merkittiin lähdeviitteineen seuraavaan taulukkoon.

Taulukko 8. Tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä tai hoidossa käytetyt interventiovälineet

interventioväline	lähteet
ryhmäohjaus	1. Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs & Laitinen, J. 2009. 2. Heinonen 2007 3. Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011 4. Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 5. Leino 2005
motivoiva haastattelu	1. Mustajoki & Kunnamo 2009 2. Absetz & Hankonen 2011 3. Leino 2005 4. Mustajoki 2003 5. Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen
muutosvaihemalli tai muutostavallisuus tai motivaatio	1. Mustajoki & Kunnamo 2009 2. Absetz & Hankonen 2011 3. Heinonen 2007 4. Mustajoki 2003 5. Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Pääkkönen 2009 - 2010 6. Poskiparta 2007 7. Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011 8. Leino 2005 9. Ketola 2003 10. Nupponen 2009
omaseuranta	1. Absetz & Hankonen 2011
pystyvyyden tunteen lisääminen tai voimaantumisen (empowerment)	1. Absetz & Hankonen 2011 2. Hankonen 2012 3. Hankonen 2011. 4. Heinonen 2007 5. Ketola 2003
tavoitteen asettaminen	1. Absetz & Hankonen 2011 2. Leino 2005

	3. Poskiparta 2007 4. Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011 5. Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen
itsearviointi	1. Absetz & Hankonen 2011 2. Leino 2005 3. Poskiparta 2007 4. Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011
toiminnan suunnittelu	1. Hankonen 2012 2. Hankonen 2011 3. Poskiparta 2007 4. Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011
sosiaalinen tuki	1. Hankonen 2012 2. Hankonen 2011 3. Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 4. Hyypä 2008
seuranta	1. Saaristo, Moilanen, Jokelainen, Oksa, Korpi-Hyövälti, Saltevo, Vanhala, Niskanen, Peltonen, Tuomilehto, Uusitupa, Keinänen-Kiukaanniemi 2010. 2. Poskiparta 2007 3. Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen
potilaskeskeinen työskentely	1. Leino 2005 2. Mustajoki 2003 3. Kääriäinen 2007
yksilöohjaus	1. Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Pääkkönen 2009 - 2010 2. Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011 3. Leino 2005
yksilön vastuu	1. Ketola 2003 2. Kääriäinen 2007
vuorovaikutus	1. Kääriäinen 2007

Seuraavalla sivulla kuvassa 3 havainnollistetaan kaikki ne interventiovälineet, joita kirjallisuuskatsauksen eri interventioissa käytettiin. Kuvaan on siis koottu kaikki ne interventioiden muodot, joita kirjallisuuskatsauksen aineiston interventioissa käytettiin.



Kuva 3. Tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien terveysterventioissa käytetyt interventiovälineet

7.3 Interventiovälineiden käytön hyödyt

Kolmannen tutkimuskysymyksen ”Mitä hyötyä interventiovälineiden käytöstä on?” kohdalla aineistosta pyrittiin löytämään käytetyistä interventioista hyödyllisiä ja tehokkaita keinoja vaikuttaa elintapoihin. Kaikilla elintapainterventioilla tavoitellaan käyttäytymisen muutosta eli uusia toimintamuotoja kohti terveellisempää elämää. Kolmas tutkimuskysymys etsi vastauksia interventioiden hyödyistä ja niiden antamasta tuesta käyttäytymisen muutokseen. Seuraavaan taulukkoon koottiin aineistosta löytyneet interventioiden hyödyt ja selvennettiin konkreettisesti, mihin interventioilla voitiin vaikuttaa. Tulokset ovat suoria lainauksia aineistosta lähdeviitteineen.

Taulukko 9. Interventiovälineiden käytön hyödyt

Interventioväline	Hyödyt
<p>Oaseuranta tai itsearviointi</p> <p>mm. ruoka-, liikunta- tai unipäiväkirjat, painon seuranta</p>	<p>Oaseuranta on tärkeää kaikissa muutosvaiheissa oleville. Se auttaa tiedostamaan ja arvioimaan omaa tilannetta ja helpottaa tavoitteiden asettamista. Oaseuranta antaa myös palautetta toiminnan tehokkuudesta. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010)</p> <p>Absetz'n ja Hankosen (2011) mukaan kaikkein tehokkain elintapamuutoksen tekniikka liittyen ravitsemukseen tai liikuntaan on ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan.</p>
Tavoitteiden asettaminen	<p>Tavoitteiden asettaminen jäsentää toimintaa. Sen avulla onnistumista voidaan arvioida suhteessa tavoitteisiin. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010)</p> <p>Konkreettiset ja toiminnalliset tavoitteet helpottavat elintapamuutoksen toteutumista. (Absetz & Hankonen 2011)</p>
Ryhmänohjaus	<p>Ryhmänohjauksessa korostuvat ryhmän tuki eli sosiaalinen tuki eli vertaistuki. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010)</p> <p>Toiminnan ohjeistaminen useammalle yhtä aikaa on mahdollista ja resursseja säästyy. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010)</p> <p>Ryhmätilanteissa voidaan kehittää ongelmanratkaisutaitoja yhdessä pohdittamalla. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010)</p> <p>Ryhmänohjaus on tehokkaampaa, mikäli ryhmäläiset muodostavat yhtenäisen ryhmän. Toisin sanoen ryhmän tulisi olla yhteneväinen koulutuksen, toimintatilaisuuksien ja muutosvaiheen suhteen. (Nupponen 2009)</p> <p>Jotta elintapamuutos on merkittävä, tulisi ohjaukseta olla riittävän monta. (Saaristo, Moilanen, Jokelainen, Oksa, Korpi-Hyövälti, Saltevo, Vanhala, Niskanen, Peltonen, Tuomilehto, Uusitupa & Keinänen-Kiukaanniemi 2010)</p>
Muutosvaihemalli tai muutosvalmius tai motivaatio	<p>Muutosvaihemallin ymmärtäminen antaa lähtökohdat toiminnalle, ts. missä muutosvalmiuden vaiheessa henkilö on ja miten tähän voidaan vaikuttaa. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010)</p> <p>Elintapojen muutos voi alkaa vasta potilaan muutoshalun ja -valmiuden selvittämisen jälkeen. Se toimii motivoimisen työkaluna ja mahdollistaa eri oppimismenetelmien käytön. (Ketola 2003)</p> <p>Parhaat tulokset saavutetaan, kun asiakkaan muutosvaihe tunnistetaan ja ohjaus kohdennetaan niille, jotka ovat valmiita elintapamuutoksiin. (Lei-</p>

	<p>no 2005; Mustajoki 2003)</p> <p>Ravitsemusinterventiot näyttäisivät vaikuttavan käyttäytymiseen ilman vaihesiirtymiä eli ne eivät edellytä aikaisempaa muutosvalmiutta. (Absetz & Hankonen 2011)</p> <p>Muutosvaiheiden tietämys ja muutokseen liittyvien relapsien tiedostaminen auttavat suhtautumaan elämäntapojen muuttamiseen realistisesti ja suvaitsevaisesti. Avoimilla kysymyksillä voidaan selvittää, missä muutoksen vaiheessa potilas on. (Mustajoki 2003)</p> <p>Ohjattavan motivaatio säilyy, mikäli hänelle ei tuputeta ohjeita vaan niitä annetaan vasta sitten, kun henkilö itse niitä pyytää. (Leino 2005)</p>
Seuranta tai palaute	Henkilön aiempaa toimintaa koskeva palaute on hyvä keino lisätä pystyvyyden tunnetta. (Absetz & Hankonen 2011)
Yksilönohjaus	Elämäntapaohjauksen vaikutus on sitä suurempi mitä enemmän ohjauskäyntejä tehdään. (Saaristo, Moilanen, Jokelainen, Oksa, Korpi-Hyövähti, Saltevo, Vanhala, Niskanen, Peltonen, Tuomilehto, Uusitupa & Keinänen-Kiukaanniemi 2010)
Motivoiva potilashaastattelu	<p>Motivoiva potilashaastattelu herättelee potilaan muutoshalukkuutta. Se myös auttaa asiakasta itse huomaamaan ongelmakohtia ja kehittämään niihin ratkaisuja. (Leino 2005)</p> <p>Motivoivalla haastattelulla voidaan saada potilas pohtimaan oman elämänsä muutostarvetta. Muutospuhe ja kokemus oman toiminnan ja tavoitteiden ristiriidasta sekä muutoksen hyötyjen ja haittojen vertailu ovat yhteydessä parempiin tuloksiin. Motivoivaa haastattelua kannattaa käyttää motivaation herättelyyn ja sitoutumisen kasvattamiseen. (Absetz & Hankonen 2011)</p> <p>Motivoivan haastattelun myötä potilas joutuu ajattelemaan omaa elämänsä ja ajattelun kautta voi päätyä ratkaisuun, joka on hyväksi hänen terveydelleen. Avoimet kysymykset toimivat keskustelun johdattelijoina. (Mustajoki 2003)</p> <p>Motivoiva haastattelu on onnistunut, mikäli sen lopulla potilaalla on jokin suunnitelma muutokseen ryhtymisestä. Lopputuloksen kannalta on tärkeää, että potilas itse on päätenyt ajatukseen muutoksesta. (Mustajoki & Kunnamo 2009)</p>
Pystyvyyden tunteen lisääminen	<p>Pystyvyyden tunteen lisääminen ennustaa elintapamuutoksen toteutumista ja pysyvyyttä jatkossakin. (Hankonen 2011)</p> <p>Ihminen ei todennäköisesti pyri muutokseen, ellei hän usko pystyvänsä siihen. (Hankonen 2012)</p> <p>Omiin kykyihinsä uskova ihminen panostaa muutosyritykseen sinnikkäämmmin eikä lannistu niin helposti vastoinkäymisistä tai mahdollisista repsahduksista. Pystyvyyden tunnetta voidaan lisätä myös toisen henkilön toimintaa seuraamalla ja siitä oppimalla, ”jos tuo toinenkin pystyy,</p>

	pystyn minäkin”. (Absetz & Hankonen 2011)
Toiminnan suunnittelu	Toiminnan toteutuksen tarkka suunnittelu helpottaa elämäntapamuutoksen onnistumista. (Absetz & Hankonen 2011)
Yksilön vastuu	Yksilön vastuuta ohjaustilanteessa korostamalla toimintaan sitoutuminen tehostuu ja elintapamuutoksen on mahdollista edistyä. (Leino 2005)
Sosiaalinen tuki tai sosiaalinen pääoma	<p>Erityisesti ihmissuhdesuuntautuneet naiset hyötyvät lähipiirin tuesta, koska heillä pystyvyyden tunne ja motivaatio lisääntyvät tai pysyvät samana tuen myötä. (Hankonen 2011)</p> <p>Perheen ja ystävien sosiaalinen tuki on hyväksi muutoksen toteutumiselle. (Hankonen 2012)</p> <p>Vähän sosiaalista pääomaa omaavat ihmiset eivät helposti muuta elintapojaan eivätkä usko pystyvänsä vaikuttamaan omaan terveyteensä. Vähäiset sosiaaliset kontaktit myös näyttäisivät tutkimuksen mukaan lisäävän lasten kaltoinkohtelua, jolla on suoria vaikutuksia aikuisiän terveyteen ja epäterveellisiin elintapoihin. (Hyypä 2008)</p>
Potilaskeskeinen työskentely	<p>Potilaskeskeinen työskentely korostaa tasavertaisuutta. Sen avulla voidaan parantaa hoitotuloksia, koska lähtökohdat tulevat paremmin kuulluiksi ja potilaan motivaatio on korkeammalla voidessaan itse vaikuttaa muutokseen. (Leino 2005)</p> <p>Muutoksen keskeinen henkilö on potilas ja hän itse päättää, mitä elämältään haluaa. Sen vuoksi potilaan itse täytyy tunnistaa tarve ja pohtia keinoja tavoitteen saavuttamiseksi. Hoitaja tai lääkäri vain avustaa muutoksessa. (Ketola 2003)</p> <p>Hoitohenkilöstön tarkoitus ei ole käännäyttää potilasta omalle kannalleen vaan sopia toiminnasta yhdessä ohjattavan kanssa. Potilaskeskeisessä työskentelyssä siis kannustetaan potilasta arvioimaan elämäntapojaan sekä niiden hyötyjä ja haittoja. Tarkoitus on havahduttaa potilas itse huomaamaan epäkohtia elämässään ja haluamaan niihin muutosta. (Leino 2005)</p>
Vuorovaikutus	<p>Vuorovaikutuksen avulla voidaan rakentaa ohjaussuhdetta. Onnistunut ohjaussuhde on vuorovaikutteinen ja se mahdollistaa potilaan ja hoitajan välisen aktiivisen ja tavoitteellisen toiminnan. (Kääriäinen 2007)</p> <p>Tasa-arvoinen keskustelu mahdollistaa sisäisen motivaation kehittymisen. Vastavuoroinen keskustelu puolestaan huomioi potilaan lähtökohdat ja muutosvalmiuden, jonka seurauksena tavoitteiden asettaminen helpottuu. (Mustajoki 2003)</p>

7.4 Elintapamuutoksen esteet

Neljänteen tutkimuskysymykseen ”Mikä haittaa elintapamuutoksen toteutumista?” etsittiin samalla menetelmällä tuloksia kuin aikaisempiinkin kysymyksiin. Toisin sano-

en alkuperäistä aineistoa luettiin läpi ja poimittiin sieltä kaikki tutkimuskysymykseen liittyvät vastaukset. Taulukossa 10 esitetään kysymystä vastaavat tulokset.

Taulukko 10. Elintapamuutosta haittaavat tekijät

Interventioväline	Haitat
suostuttelu	Suostuttelu muodossa ”kyllä sinä pystyt, kun vain yrität” voi jopa haitata elintapamuutosta ja heikentää pystyvyyden tunnetta. (Absetz & Hankonen 2011; Mustajoki & Kunnamo 2009)
pelkkä tavoitteen asettaminen	Tavoitteen asettaminen yksistään ei ole tehokasta. (Absetz & Hankonen 2011)
esteiden tunnistaminen	Elintapamuutoksen esteiden esiin nostaminen voi heikentää pystyvyyden tunteen kehittymistä. (Absetz & Hankonen 2011)
vastaan väittäminen	Keskustelussa vastaan väittäminen, vaikka terveyden asiantuntijana tietäisikin asian olevan toisin kuin asiakas väittää, voi olla yhteydessä heikompiin tuloksiin elintapamuutoksessa. (Absetz & Hankonen 2011)
johtaminen tai autoritaarisuus	Keskustelun johtaminen poistaa ohjaussuhteen tasavertaisuuden eikä anna asiakkaalle tilaa tuoda omia ajatuksiaan esiin. (Absetz & Hankonen 2011) Ohjaajan autoritaarisuus tukahduttaa sisäisen motivaation ja voi herättää muutosvastarinnan. (Mustajoki 2003) Hoitajan ei ole tarkoitus käännä potilasta omalle kannalleen vaan sopia toiminnasta yhdessä hänen kanssaan. (Leino 2005)
varoittelu	Varoittelu tai uhkailu eivät motivoi. (Absetz & Hankonen 2011) Varoittelun tai pelottelun vaikutus käyttäytymisen muutokseen on tehotonta. Asiakas ei todennäköisesti muodosta aikomusta muutokseen, ellei hän usko pystyvänsä siihen. (Hankonen 2012)
tuomitseva asenne tai syyllistäminen tai moralisointi	Ohjaajan tuomitseva asenne estää asiakkaan oman arvion tekemisen muutoksen tilasta tai nykyhetkeen liittyvistä hyödyistä tai haitoista. (Absetz & Hankonen 2011) Asiakkaan syyllistäminen, moralisointi tai itse aiheutetuista sairauksista puhuminen ei kannusta asiakasta ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan. (Hankonen 2012)
suorat ohjeet tai suora kehoitus	Suorien ohjeiden antaminen voi tukahduttaa sisäisen motivaation ja herättää muutosvastarinnan. (Mustajoki 2003; Mustajoki & Kunnamo 2009) Tiedon jakamisella on vähäinen rooli saavutetuissa käyttäytymi-

	sen muutoksissa. (Hankonen 2012; Leino 2005)
valvonta	Toiminnan ylhäältä päin tuleva valvonta nostattaa muutosvastarintaa. (Mustajoki 2003)
asenne	Sitoutumattomuus toimintaan, tavoitteiden, motivaation ja itsekurin puute vaikeuttavat muutoksen toteuttamista. (Alahuhta 2010)

7.5 Interventiovälineiden käyttö eri tilanteissa

Viidennen tutkimuskysymyksen kohdalla ”Minkälaisissa tilanteissa interventiovälineitä voi käyttää?” aineistosta etsittiin vastauksia erilaisista ohjaustilanteista. Aineistoa luettaessa olennainen tieto merkattiin punaisella korostustussilla. Taulukkoon 11 kerättiin löydetty tutkimuskysymystä vastaavat tulokset.

Taulukko 11. Interventioiden käytettävyys eri tilanteissa

Ohjaustilanne	
Yksilö- tai ryhmäohjaus	<p>Asiakaslähtöinen ohjaus, ohjauksen riittävyys ja kokonaislaatu selittävät intervention vaikutusta. (Kääriäinen 2007)</p> <p>Ryhmämuotoisessa ohjauksessa on huomiotava asiakkaiden ensisijaiset huolenaiheet, rohkaistava ilmaisemaan tunteita, helpottaa itseohjautuvaa ongelmanratkaisua sekä johdattaa pohtimaan edeltäviä kokemuksia tavoitteiden saavuttamiseksi. (Heinonen 2007)</p>
Seurantakäynti	<p>Seurantakäyntejä tulee olla säännöllisesti. Tällöin voidaan luotettavasti arvioida tavoitteiden toteutumista ja asiakkaan riskitekijäprofiilin kehitystä. Riittävän tiheällä seurannalla huomataan pitääkö toimintaa tai tavoitteita kenties muuttaa. (Ketola 2003)</p> <p>Seuranta ja palautteen anto lisäävät elintapamuutoksen vaikuttavuutta. Mm. tupakoinnin lopettamiseen liittyvän intervention kohdalla seurantakäynnit lisäävät vaikuttavuutta noin 50 prosenttia. (Absetz & Hankonen 2011)</p> <p>Jotta elintapamuutos olisi merkittävä, tulisi seurantakäyntejä olla riittävän monta. Intervention aikana tarvittaisiinkin aktiivista kutsu- ja seurantamenettelyä. (Saaristo, Moilanen, Jokelainen, Oksa, Korpi-Hyövälti, Saltevo, Vanhala, Niskanen, Peltonen, Tuomilehto, Uusitupa & Keinänen-Kiukaanniemi 2010)</p>
Sairaanhoitajan terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla	Tupakoinnin lopettamiseen kohdennettu interventio näyttäisi olevan lääkärin antamana vaikuttavampaa kuin hoitajan antamana. Kolesterolin, verenpaineen tai BMI:n kohdalla ei ole merkitystä, kuka intervention toteuttaa. Useimpiin riskitekijöihin kohdistuvissa interventioissa ei näytä olevan merkitystä, toteut-

	<p>taako intervention hoitaja vai lääkäri. (Absetz & Hankonen 2011)</p> <p>Perusterveydenhuollossa toteutetulla interventiolla voidaan vaikuttaa useimpiin elämäntapoihin. (Absetz & Hankonen 2011)</p> <p>Asiakaskeskeisellä motivoivalla ohjauksella voidaan parantaa hoitotulosta ja sitä tulisi käyttää enemmän jokapäiväisessä hoitotyössä. Parhaaseen lopputulokseen päästään, kun ohjaus kohdennetaan asiakkaalle, joka on valmis tekemään muutoksen elintapoihinsa. (Leino 2005)</p> <p>Interventio on onnistunut, mikäli vastaanoton lopulla asiakkaalla on jokin suunnitelma muutokseen ryhtymisestä. (Mustajoki & Kunnamo 2009)</p> <p>Terveysterveysthuolto ei ole oikea paikka puuttua terveen väestön elämäntapoihin, mutta sairastumisvaarassa olevien tai jo sairastuneiden keskuudessa merkittäviä vaikutuksia voidaan saada aikaan suhteellisen vähäisillä toiminnoilla. (Absetz & Hankonen 2011)</p>
Asiakkaan oma elinympäristö	<p>Pallo pitää antaa asiakkaalle itselleen. Interventioilla tavoitellaan asennemuutosta sekä uuden oppimista. Tarkoitus on, että asiakas motivoituu työskentelemään omassa elinympäristössään eikä niin, että muutosprosessi rajoittuu vain terveydenhuoltoalan ammattilaisen vastaanotolle. (Ketola 2003)</p>

8 INTERVENTIOVÄLINEET ELINTAPAMUUTOKSEN TUKENA

Elintapamuutoksen toteuttaminen vaatii työtä ja taitoa. Interventioiden tarkoitus on motivoida asiakasta ja varustaa hänet onnistumisen edellyttämällä taidoilla. Tukea tarvitaan muun muassa oman toiminnan seuraamiseen, muutokseen liittyvän tiedon kasvattamiseen, ongelmanratkaisutaitojen kartuttamiseen, tavoitteiden asettamiseen, toiminnan suunnitteluun sekä tulosten arviointiin. (Absetz 2009, 16 - 17.)

Kuten jo aikaisemmin tausta ja tarkoitus kappaleessa kerrottiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksista sekä taustateorian aineistosta koottiin yhteenveto, joka voi toimia käytännön apuna terveysterventioita suunniteltaessa. Yhteenveto antaa selkeän kuvauksen interventiovälineistä ja niiden käytöstä ja toimii näin käsikirjana käytännön työssä. Yhteenveto löytyy työn lopusta kansilehtineen liitteinä 2 ja 3.

9 POHDINTA

Elintapojen muuttaminen on pitkä ja monitahoinen prosessi. Onnistuakseen se vaatii suunnitelmallista ohjausta, tukea prosessin aloittamiseen ja toiminnan suunnitteluun

sekä pitempään jatkuvaa kannustusta muutosten säilyttämiseen ja repsahdusten hallintaan.

Länsivaltioiden elintapasairaudet ovat puhututtaneet jo vuosia. Suomalaisista työikäisistä yhä useampi kuolee sydän- ja verisuonitauteihin (Ketola 2003). Tyypin 2 diabetikoiden määrä uhkaa räjähtää käsiin. Väestö lihoo, liikkuu liian vähän ja vanhenee, joten elintapasairauksien määrä tuskin tulee vähenemään. Samanaikainen hoitohenkilöstön resurssipula aiheuttaa jo nyt ja tulee jatkossakin aiheuttamaan melkoisen haasteen. Tämän vuoksi huomion kiinnittäminen sairastumisvaarassa oleviin ja heidän omavastuunsa korostaminen tulee olemaan välttämätöntä (Ketola 2003). Yksilötason elintapamuutoksilla voidaan vähentää merkittävästi terveydenhuoltoalan kuormitusta.

9.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Yhtä selkeää ohjetta tai menettelytapaa ei ole olemassa, jolla elintapamuutos voitaisiin toteuttaa jokaiselle sitä tarvitsevalle. Asiakas on kohdattava persoonana ja ohjauksessa on otettava huomioon hänen elämäntilanteensa, motiivinsa sekä mahdollisuutensa. Käytössä olevista toimintamalleista on sovellettava asiakkaan tilanteeseen sopivin ja toimivin kokonaisuus. Tällaisen kokonaisuuden muodostamiseen tämä opinnäytetyö ei tarjoa vastausta. Yhden interventionvälineen käytön hyödystä ei ole näyttöä, vaan jokaiseen tilanteeseen täytyy räätälöidä sopiva kokonaisuus käyttämällä useampaa toiminnan muotoa tuloksien saavuttamiseen (Hankonen 2012). Tietyn tyyppiselle asiakasryhmälle voidaan räätälöidä valmis kokonaisuus, jota käytetään jatkossa aina samassa muodossa. Näin toiminta tehostuu ja resursseja säästyy, kun joka kerta ei tarvitse suunnitella uutta kokonaisuutta.

Elintapamuutoksesta puhuttaessa on tärkeää muistaa, että asiakas on se, joka muutoksesta ja muutoksen tarpeellisuudesta päättää. Pallo on siis annettava hänelle. Voimaantumisen ja muutoksen sisäisen hallinnan käsitteet tukevat ajatusta, että asiakas itse päättää, mitä elämällään tekee tai mitä siltä haluaa. (Ketola 2003.) Sisäinen voimaantunne ja sen saavuttaminen antavat asiakkaalle kokemuksen vapaudesta ja itsenäisyydestä. Voimaantuminen puolestaan ymmärretään henkilökohtaisena prosessina, johon vaikuttavat myös toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. (Heinonen 2007, 24.)

Asiakaslähtöinen ohjaus, ohjauksen riittävä määrä ja laatu selittävät tutkimuksissa ohjauksen vaikutuksia. Ohjaus perustuu aina ohjaajan ja ohjattavan väliseen suhteeseen. Tätä suhdetta rakennetaan vuorovaikutuksella. Jotta aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta voidaan saavuttaa, tulee ohjaussuhteen olla onnistunut ja vuorovaikutteinen. (Kääriäinen 2007.) Ohjauksen laadun Maria Kääriäinen tiivistää väitöskirjassaan (2007) seuraavasti: *...ohjauksen laadulla tarkoitetaan sitä, että ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön kontekstiin eli taustatekijöihin sidoksissa olevaa, vuorovaikutussuhteessa rakentuvaa, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa.*

Elintapamuutos alkaa asiakkaan tahtotilan ja muutosvalmiuden selvittämisellä (Ketola 2003). Intervention rakenne on yksinkertaistettuna seuraavanlainen:

1. Ongelman tai muutostarpeen tunnistaminen
2. Muutoshalukkuudesta keskustelu
3. Toimintasuunnitelman laatiminen ja tavoitteiden asettaminen
4. Tavoitteiden toteutumisen seuranta

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että motivoivalla haastattelulla on selkeä vaikutus saada asiakas huomaamaan omat ongelmakohtansa ja tunnistamaan muutosten tarve. Motivoiva haastattelu rakentuu avoimista kysymyksistä, jotka pakottavat asiakkaan pohtimaan omaa tilannettaan ja tunnistamaan mahdollisia muutostarpeitaan. Ääneen lausutut toteamukset luovat perustan mahdolliselle muutokselle. Ne vahvistavat asiakkaan sisäistä motivaatiota kohti muutosta. (Absetz & Hankonen 2011). Motivoiva haastattelu toimii intervention jokaisessa vaiheessa.

Varsinainen interventio kannattaa toteuttaa niille asiakkaille, jotka ovat valmiita muutokseen (Mustajoki 2003, 4235). Tästä syystä muutoshalukkuus täytyy ottaa puheeksi heti ensimmäisellä tapaamisella. Jokaisella asiakkaalla on erilainen valmius muutokseen. Asiakkaan muutosvalmiuden tunnistamisessa auttaa transteoreettisen muutosvaihemallin ymmärtäminen. Mallin mukaan muutosvalmius voidaan ymmärtää jana, jonka vasemmassa päässä ovat ne, joita muutos ei lainkaan kiinnosta ja oikeassa

päässä ne, jotka ovat jo vakiinnuttaneet muutoksen elämäänsä (Mustajoki 2003, 4236 - 4237). Avoimilla kysymyksillä eli motivoivalla haastattelulla voidaan selvittää, missä muutoksen vaiheessa asiakas on tällä hetkellä (Absetz & Hankonen 2011).

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että onnistuneet interventiot rakentuvat tavoitteiden asettamisesta, toiminnan suunnittelusta ja käyttäytymisen seurannasta myös omaseurannan muodossa. Omaseurantaa voidaan tehdä muun muassa liikunta- tai ruokapäiväkirjoja pitämällä. (Hankonen 2012, 762.) Asiakas tuntee oman elämäntilanteensa ja mahdollisuutensa parhaiten, joten hän itse myös asettaa tavoitteensa. Ohjaajan rooli on johdatella asiakas arvioimaan nykyistä tilannetta, sen hyötyjä ja haittoja. (Leino 2005.) Ohjaajan asiantuntemusta tarvitaan toiminnan suunnittelussa ja sen toteutustapojen miettimisessä.

Intervention tehokkuus on sitä suurempi, mitä enemmän interventiokäyntejä eli seurantaa tehdään. Tutkimuksista ei käy ilmi riittävää interventioiden määrää, mutta niissä korostetaan riittävän montaa seurantakäyntiä, jotta elintapamuutokset olisivat merkittäviä. Seurantavaiheen aikana tarvitaankin ohjaajan puolelta aktiivista kutsujärjestelmää, jotta asiakkaat pysyvät seurannan piirissä ja saavat riittävän paljon ohjausaikaa. (Saaristo et al. 2010, 2378).

Interventioiden tulisi keskittyä vahvistamaan asiakkaan uskoa omiin kykyihin eli vahvistamaan pystyvyyden tunnetta. Samanaikaisesti tulisi tehdä konkreettisia toimintasuunnitelmia muutoksen toteuttamisesta. Tarkoilla suunnitelmilla voidaan ohjata toimintaa kohti asetettuja tavoitteita. Elintapamuutosta suunniteltaessa tulee korostaa pieniä, mutta päivittäisiä muutoksia totuttuihin toimintatapoihin.

Asiakastapaamisella on aina jokin seuraavasta kolmenlaisesta vaikutuksesta: positiivinen vaikutus, ei mitään vaikutusta tai negatiivinen vaikutus. Negatiivinen vaikutus heikentää luottamusta hoitohenkilöstöön ja samalla kynnyks hakeutua hoitoon nousee. Tämän seurauksena pystyvyyden tunne vähenee, muutosvastarinta kasvaa ja terveys kärsii. (Absetz & Hankonen 2012.) Opinnäytetyön tuloksista nousee selkeästi esiin syitä, joiden vuoksi interventiossa epäonnistutaan. Ohjaajan rooli ei ole antaa neuvoja ja ohjeita eikä ohjattavaa ole tarkoitus käännä omalle ja oikeaksi havaitulle kannalle (Leino 2005). Ohjeita voidaan antaa vasta kun ohjattava niitä pyytää. Väärällä toiminnalla syrjäytetään sisäinen motivaatio ja herätetään asiakkaassa muutosvastarintaa. Tämän seurauksena asiakas ei todennäköisesti muodosta minkäänlaista aikomusta

muutokselle. (Mustajoki 2003, 4235.) Kaikenlainen negatiivissävytteinen toiminta haittaa motivoitumista. Varoittelut tai uhkailut eivät toimi eikä valmiiden vastausten antaminen johda pysyviin muutoksiin, koska asiakkaan ajatusprosessi ei lähde liikkeelle. Jos toiminta on ohjaajalähtöistä, asiakkaan sisäinen motivaatio jää kehittymättä eikä tuloksia saavuteta.

Seuranta voidaan toteuttaa monessa muodossa, yksilö- tai ryhmäohjauksessa, lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Tärkeintä on kuitenkin huomata, että interventiolta tavoitellaan toiminnan muutosta ja uutta tapaa toimia, joka toteutuu jatkossa asiakkaan omassa toimintaympäristössä ilman terveydenhuollon ammattilaisen tukea. Kun uusi toimintatapa on otettu pysyvästi osaksi arkea, on interventio toteutunut.

9.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadun arviointi ja luotettavuus

Sairaanhoitajaliitto on listannut arviointikriteerit, joiden avulla kvalitatiivisen tutkimuksen laatua voidaan arvioida (Johansson et al. 2007, 105 - 106). Näitä arviointikriteerejä sovellettiin opinnäytetyön laadun arviointiin.

Laatukriteereiden mukaan ensin pohditaan tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta. 1) Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi? 2) Onko aihe perusteltu? ja 3) Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi? (Johansson et al. 2007, 106). Opinnäytetyön taustateoriassa käsiteltiin laajasti muistia, muistiterveyden edistämistä ja sen riskitekijöitä. Aihevalinta perusteltiin lukuisten tutkimustulosten perusteella ja sen ajankohtaisuus ja tarpeellisuus kävi selvästi ilmi tuloksista. Työn tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset määriteltiin selkeästi.

Aineiston ja menetelmän osalta laatukriteereitä ovat: 1) Ovatko aineistonkeruumenetelmät perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti? 2) Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön? 3) Onko aineiston keruu kuvattu? 4) Onko aineiston sisällön riittävyttä arvioitu (saturaatio)? 5) Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu? 6) Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön? (Johansson et al. 2007, 106). Aineistonkeruumenetelmä kuvattiin yksityiskohtaisesti opinnäytetyössä ja sen valinta perusteltiin hyvin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus soveltui hyvin interventioiden kartoittamiseen. Aineiston kerääminen vaiheineen kuvattiin sanallisesti sekä osoitettiin taulukoin. Aineiston riittävyden arvioinnin kohdalla puhutaan käsitteestä saturaatio. Sillä tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa tois-

taa itseään eli hakujen uusilla osumilla ei enää tuoteta mitään uutta tietoa. Tarkoitus on, että tietyllä määrällä aineistoa saadaan aiheen teoreettinen peruskuvio selville, eikä aineistoa lisäämällä peruskuvio enää muutu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). Opinnäytetyön aineiston kohdalla saturaatiopiste saavutettiin, koska aineistosta ei enää noussut uusia puolia esiin ja artikkeleissa alkoi näkyä toistoa. Aineiston käsittelyn ja analyysin osalta päävaiheet kuvattiin kappaleessa 6.6.

Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden osalta kriteerejä ovat: 1) Tutkija on nimenmennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta. 2) Tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä. (Johansson et al. 2007, 106). Katsaukseen hyväksytyille alkuperäistutkimuksille ja artikkeleille määriteltiin hyväksymis- tai hylkäämiskriteerit ja ne kuvattiin taulukossa selkeästi. Myös laatukriteerit valituille tutkimuksille esitettiin työssä. Tutkimuseettisiä kysymyksiä käsiteltiin kappaleessa 9.4.

Tulosten ja johtopäätösten osalta kriteerejä ovat: 1) tulokset on esitetty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin. 2) tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä. 3) Tutkimus muodosta eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden. (Johansson et al. 2007, 106). Katsauksen tulokset esitettiin selkeästi, käyttäen grafiikkaa luovasti apuna. Pohdinta osiossa katsauksen tuloksia verrattiin aikaisempiin tutkimustuloksiin. Johtopäätökset vedettiin katsauksen tulosten pohjalta. Katsaus muodostaa selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden.

9.3 Sisällönanalyysin luotettavuus

Kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä on tärkeää, että tutkija selostaa mahdollisimman tarkasti tutkimus vaiheet ja kulun. Tämä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Tutkimuksen luotettavuus paranee, kun aineiston tuottamisen olosuhteet on kerrottu selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226 - 227.)

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta toisin sanoen tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reabiliteetti voidaan todeta mm. siten, että kahdesta eri tutkimuksesta on saatu sama tulos. Tällöin tulokset ovat reliabeleita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Opinnäytetyön prosessi on helposti toistettavissa tarkan taulukoinnin ja selkeän tietokantakuvausten avulla.

Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Käsitteellä tarkoitetaan, että mitataan juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226.) Työn aineiston laadun arvioinnilla pyrittiin parantamaan validiteettia.

Käytettyjen tietokantojen valinta on voinut vaikuttaa tuloksiin. On mahdollista, että jotain olennaista tutkimustietoa ei tullut valituksia aineistoon, koska sitä ei löytynyt käytetyistä tietokannoista.

9.4 Eettiset tekijät tehtävän taustalla

Tieteen etiikka korostaa hyvää tutkimusta. Tällä tarkoitetaan tutkimusta, joka täyttää tietyt kriteerit. Tuomi & Sarajärven (2009, 127) mukaan hyvä tutkimus edellyttää työn sisäistä johdonmukaisuutta. Tutkimussuunnitelman on oltava laadukas, valitun tutkimusasetelman sopiva ja raportointi tehtävä hyvin. Tutkimuksen eettinen kestävyys mielletään liittyväksi juuri tutkimuksen laatuun ja luotettavuuteen.

Tutkimuksen uskottavuus perustuu siihen, että tutkimuksen tekijä noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkija noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusta tehtäessä ja tuloksia esitettäessä. Hän soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa myös sitä, että tutkija ottaa huomioon toisten tutkijoiden työn ja antaa niille kuuluvan arvon omassa tutkimuksessaan mm. merkitsemällä huolellisesti lähdeviitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132).

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteita vaiheiden tarkalla kirjaamisella sekä ohjeen mukaisia lähde- ja viittauskäytäntöjä noudattaen. Tutkijan rehellisyys korostui tietoisesta vilpistä, plagioinnista tai muun epärehellisen toiminnan välttämiseksi.

9.5 Katsauksen hyödynnettävyys

Terveystieteen edistäminen korostuu kaikilla terveydenhuollon alueilla enenevässä määrin. Resurssien riittävyyden vuoksi asiakkaiden oman vastuun korostaminen ja ohjaaminen oman toiminnan tarkkailuun ja muutokseen tulee olemaan aina vain tärkeämpää. Opinnäytetyö antaa työvälineitä ammattilaisille toteuttaa terveyden edistämistyö-

tä käytännössä. Samalla se voi antaa valmiuksia yksittäiselle ihmiselle ymmärtää omia motiivejaan ja toimintansa taustoja.

Jatkotutkimusaiheeksi työstä nousi terveysinterventioiden jalkauttaminen käytäntöön. Tutkimus olisi terveydenedistämisen toimintatutkimus.

LÄHTEET

Absetz, P. 2009. Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti 2/2009, s. 16 - 17.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 21/2011, s. 2265 - 2272. Saatavuus: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99873&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero [Viitattu 12.11.2012].

Absetz, P. & Hankonen, N. 2012. Itsestä huolehtimalla parempaa elämänlaatua ja hyvinvointia - vähemmän sairastavuutta, sairaanhoitoa ja erikoissairaanhoito. Sairaala-viesti 4/2012, 8 - 9.

Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2007. Type 2 diabetes prevention in the real world: One-year results of the GOAL implementation trial. Saatavuus: <http://care.diabetesjournals.org/content/30/10/2465.long>. [Viitattu 9.1.2013].

Aivokierros. 2012. Alzheimer's Association. Saatavuus: http://www.alz.org/brain_finnish/. [Viitattu 30.10.2012].

Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavuus: <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-951-42-6355-2>. [Viitattu 9.1.2013].

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46/2009, s. 148 - 158.

Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A.-M., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva Hoitotyö 2/2010, 4 - 13.

Alhainen, K. Muistisairauksien ennaltaehkäisyn mahdollisuudet - aivoterveystä arkipäivää. Muistikeskus Joensuu. Saatavuus: <http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/43/aivoterveysalhainen130904.pdf>. [Viitattu 29.10.2012].

Cheng, G., Huang, C., Deng, H. & Wang, H. 2012. Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. Abstract. US National Library of Medicine. Saatavuus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22372522>. [Viitattu 8.11.2012].

Erkinjuntti, T. 2006. Aivoterveys - haasteena muisti ja tiedonkäsittely. Virkaanastujaispuhe. Helsingin yliopisto. Saatavuus: www.helsinki.fi/lehdisto/virkaanastujaiset/Erkinjuntti_Timo.pdf. [Viitattu 10.11.2012].

Erkinjuntti, T. 2011. Muistisairaudet - käypä tutkimus ja hoito. Studia generalia 17.2.2011. Ikä ja terveys. Saatavuus: http://www.avoin.helsinki.fi/studiageneralia/arkisto/2011/Timo_Erkinjuntti_17022011.pdf. [Viitattu 29.10.2012].

Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Changes on a Life style Intervention. Terveyskäyttäytymisen muutoksen psykososiaaliset prosessit elämäntapainterventiossa: Sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja persoonallisuuden merkitys onnistumisessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 51/2011. Helsinki.

Hankonen, N. 2012. Käyttäytymistieteistä vaikuttavuutta terveyden edistämiseen. Lääkärilehti 10/2012, s. 761 - 762. Saatavuus: <http://www.fimnet.fi/fixhalax-ng.kyamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037246>. [Viitattu 9.1.2013].

Hankonen, N. 2012. Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen? Suomen psykologinen seura. Psykologia-lehti 02/2012, s. 116 - 120.

Heinonen, K. 2007. Terveysliikunnan motivoiva ohjaus. Diabetes ja lääkäri -lehti 6/2007, s. 42 - 48. Saatavuus: www.diabetes.fi/files/34Diabetes_ja_laakari_lehti_6_2007.pdf. [Viitattu 9.1.2013].

Heinonen, K., Syväne, M., Toropainen, E., Nuutinen, H. & Pääkkönen, R. Valtimoterveydeksi! Terveystiedon edistämisen käsikirja. Valtimoterveyttä kaikille -projekti 2009 - 2010, s. 26 - 28. Sosiaali- ja terveysministeriö. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto. Diabetesliitto. Sydänliitto. Saatavuus: http://www.aivoliitto.fi/files/650/Valtimoterveydeksi!_-kasikirja.pdf. [Viitattu 13.11.2012].

Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäminen ja terveys, kevät 2010. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavuus: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>. [Viitattu 10.9.2012].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hyypä, M. 2008. Sosiaalinen pääoma edistää terveyttä. Johtuuko se terveellisistä elintavoista? Suomen lääkäri-lehti 46/2008, s. 4007 - 4011.

Janhonen, S. & Nikonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Johansson, K., Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007.

Juva, K. 2007. Dementia ja depressio. Terveyskirjasto Duodecim, neuropsykiatria. 123/2007, s. 1231 - 1237. Saatavuus: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96488.pdf>. [Viitattu 4.11.2012].

Juva, K. 2011. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Saatavuus: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699. [Viitattu 1.11.2012].

Juva, K. 2011. Muistihäiriöt. Terveyskirjasto Duodecim. Saatavuus: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706&p_haku=muistih%C3%A4iri%C3%B6t. [Viitattu 29.10.2012].

Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Ketola, E. Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 113(16), s. 1501 - 1502. Saatavuus: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo93724&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=. [Viitattu 15.10.2012].

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 1/2008. Saatavuus: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1064075. [Viitattu 8.9.2012].

Kivipelto, M. 2002. Vascular risk factors in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. A longitudinal, population-based study. Väitöskirjan tiivistelmä. Kuopion yliopisto.

Kniivilä, S., Lindblom-Yläne, S. & Mäntynen, A. 2007. Tiede ja teksti. Tehoa ja taitoa tutkielman kirjoittamiseen. Helsinki: WSOY.

Korkiakangas, E., Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2010. Hyödyt ja haitat elintapamuutoksen puntarissa. Sairaanhoitaja-lehti 5/2010, s. 48 - 50.

Korkiakangas, E., Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2011. Omaseuranta motivoi elintapamuutokseen. Sairaanhoitaja-lehti 1/2011, s. 52 - 54.

Kouvolan seudun Muisti ry. Muistiliitto. Saatavuus: <http://www.kouvolanseudunmuisti.fi/>. [Viitattu 29.10.2012].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede-lehti 11/1999, s. 3 - 12.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirjan tiivistelmä. Oulun yliopisto. Saatavuus: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. [Viitattu 9.1.2013].

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede-lehti* vol. 18, nro 1/2006, s. 37 - 45.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leino, K. 2005. Elintapojen muutos pääroolissa kohonneen verenpaineen hoidossa. *Sairaanhoitaja -lehti* 12/2005. Saatavuus: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2005/muut_artikkelit/elintapojen_muutos_paaroolissa_k/. [Viitattu 9.1.2013].

Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2003. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetes Care-lehti* vol. 26, 12/2003, s. 3230 - 3236. Saatavuus: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/12/3230.full.pdf>. [Viitattu 11.1.2013].

MacKnight C, Rockwood K, Awalt E, McDowell I. 2002. Diabetes mellitus and the Risk of Dementia, Alzheimer's Disease and Vascular Cognitive Impairment in the Canadian Study of Health and Aging. Abstract. US National Library of Medicine. Saatavuus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12145454?dopt=Abstract>. [Viitattu 8.11.2012].

Mattila, R. 2009. Moniammatillisen elintapaintervention vaikuttavuus kohonneeseen verenpaineeseen, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin ja tuki- ja liikunta-elinoireisiin. Väitöskirja. Tiivistelmä. Kuopion yliopisto. Saatavuus: <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1164-2.pdf>. [Viitattu 9.1.2013].

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: International Methelp.

Motiivi ja motivaatio. Internetix opinnot. Saatavuus: http://opinnot.internetix.fi/fi/materiaalit/ps/ps4/01_motiivit_ja_motivaatio/01_1.1_motiivi_ja_motivaatio?C:D=gjs0.e7SN&m:selres=gjs0.e7SN. [Viitattu 12.11.2012].

Muisti ja muistisairaudet. Muistiliitto. Saatavissa: http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/aivot_ja_muisti/. [Viitattu 16.4.2012].

Muistisairaudet. 2010. Käypä hoito. Saatavuus: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentnaytaartikkeli/.../hoi50044>. [Viitattu 30.10.2012].

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen lääkärilehti 42/2003, s. 4235 - 4237. Saatavuus: www.fimnet.fi/xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2003/SLL4220034235.pdf. [Viitattu 9.1.2013].

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Sairauksien ehkäisy. Terveyskirjasto Duodecim. Saatavuus: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147. [Viitattu 9.11.2012].

Nupponen, R. 2009. Käyttäytymisen muutosvaiheet eri sosiaaliryhmissä. UKK-instituutti. Terveysliikuntauutiset. Saatavuus: <http://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntauutiset/uutinen/46>. [Viitattu 9.1.2013].

Pirttilä, T., Strandberg, T., Vanhanen H. & Erkinjuntti, T. 2004. Voidaanko muistin heikentymistä ehkäistä? Suomen Lääkärilehti 11/2004, s. 1133 - 1138.

Poskiparta, M. 2011. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Virkaanastujaisesityelmä 17.10.2011. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Saatavuus: <https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/.../poskiparta17.10.07.rtf>. [Viitattu 17.10.2012].

Pudas-Tähkä, S-M & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, s. 47. Turku: Digipaino-Turun yliopisto.

Ravinnolla iso merkitys muistisairauksien ehkäisyssä. Kansan uutiset-verkkolehti. 19.9.2012. Saatavuus: <http://www.kansanuutiset.fi/uutiset/kotimaa/2883332/ravinnolla-iso-merkitys-muistisairauksien-ehkaisyssa>. [Viitattu 6.11.2012].

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2004. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Saatavuus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15826439>. [Viitattu 9.1.2013].

Saaristo, T., Moilanen, L., Jokelainen, J., Oksa, H., Korpi-Hyövälti, E., Saltevo, J., Vanhala, M., Niskanen, L., Peltonen, M., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 2010. Diabetesriskiä voidaan vähentää perusterveydenhuollon keinoin. D2D-hanke. Suomen lääkäri-lehti 26 - 31/2010, s. 2370 - 2378. Saatavuus: <http://www.laakarilehti.fi/files/SLL262010-2369.pdf>. [Viitattu 15.11.2012].

Salmela, S., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausinterventtion suunnittelu - helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2010, s. 208 - 218.

Salminen, V., Lindström, J., Louheranta, A. & Rastas, M. 2002. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Diabetes Prevention Study, DPS. Suomen lääkäri-lehti 57/2002, s. 1379 - 1382.

Sipponen, M. 2012. Aivot ja stressi. Psykologia-lehti. Suomen psykologinen seura, 02/2012, s. 148 - 149.

Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 127/2011, s.

1107 - 1116. Saatavuus:

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikel%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99577&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero. [Viitattu 10.9.2012].

SuomiSanakirja.fi. Saatavuus: <http://www.SuomiSanakirja.fi>. [Viitattu 29.10.2012].

Tahdonvoima. Psykologia. Suomen psykologinen seura. 02/2012, s. 143.

Tartu toimeen, ehkäise diabetes. 2011. Opas 10. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavuus: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b18cb1c2-3fb8-4546-aacd-40b86ce748f8>. [Viitattu 12.11.2012].

Terveiden edistäminen. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Saatavuus: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>. [Viitattu 10.1.2013].

Terveystieteidenhuoltolaki. Finlex 2010. Saatavuus: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. [Viitattu 29.3.2012].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., Valle, T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Aunola, S., Cepaitis, Z., Moltchanov, V., Hakumäki, M., Manninen, M., Martikainen, V., Sundvall, J. & Uusitupa, M. 2001. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. The New England Journal of Medicine 344/2001, s. 1343 - 1350. Saatavuus: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105033441801#t=abstract>. [Viitattu 9.11.2012].

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2001, s. 10 - 11. Turku: Digipaino-Turun yliopisto.

Vartiainen, E., Borodulin, K., Sundvall, J., Laatikainen, T., Peltonen, M., Harald, K., Salomaa, V. & Puska, P. 2012. FINRISK 2012-tutkimus. Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun. Suomen lääkärilehti 35/2012, s. 2364 - 2368. Saatavuus: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=30737. [Viitattu 12.11.2012].

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Tutkimuksen tekijä, otsikko ja vuosi	Tarkoitus, menetelmä, otanta	Tulokset/pohdinta
Järvinen, N. & Rajajärvi., E. 2006. Kognitiivinen kehitys sekä metamuistin, itsearvioidun terveyden ja mielialan yhteys kognitiiviseen suori-tuskykyyn iäkkäillä ihmisil-lä. Jyväskylän yliopisto psyko-logian laitos	Tutkimuksessa tarkasteltiin ikääntyvien kognitiivista kehi-tystä 75. ja 90. ikävuoden välillä. Tutkimuksessa selvitettiin myös miten kognitiivinen suori-tuskyky (MMSE-, älykkyys- ja muistipistemäärä) oli yh-teydessä muistin, terveyden ja mielialan itsearvioihin nai-silla ja miehillä.	Tilastollisesti merkitsevää heikkenemistä 85–90-vuotiaana tapahtui MMSE-pistemäärässä, älykkyyydessä ja muistissa. Metamuistin, itsearvioidun tervey-den ja mielialan muutokset 85–90-vuotiaana eivät olleet tilastollisesti merkit-seviä. Naisten ja miesten välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja 85–90-vuotiaiden tarkasteluissa. Mitä vähemmän muistivaikeuksia, sitä paremmin he suoriutuivat älykkyys- ja muistitesteissä. Mitä vähemmän masentuneisuut-ta, sitä paremmin he suoriutuivat muistitesteissä.
Kolu, M. 2006. Liikunta-neuvonnan vaikutus kogni-tiiviseen suoriutumiseen iäkkäillä naisilla ja miehillä. Pro Gradu. Jyväskylän yli-opisto.	Tarkoituksena selvittää, onko liikuntaneuvonnalla vaiku-tusta kognitiiviseen suoriutumiseen iäkkäillä naisilla ja miehillä. Satunnaistettu kokeellinen tutkimus.	Liikuntaneuvonnalla ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevä vaikutusta kognitiiviseen suoriutumiseen, eikä itse koettuun kognitiiviseen suoriutumi-seen kummallakaan sukupuolella. MMSE –testin yhteispistemäärä oli laskenut molemmissa ryhmissä molemmilla sukupuolilla tilastollisesti merkitsevästi 2 vuoden seurannan aikana. Itse koetussa ajattelussa ja muistissa ei ollut tilastol-lisesti merkitseviä muutoksia. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että 2 vuoden seurannan aikana liikuntaneuvontainterventiolla ei ole vaikutusta kognitiiviseen suoriutumiseen.
Vähäsarja,K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Kasila, K. Transteoreettinen muu-tosvaihemalli perustervey-denhuollon liikuntaneuvon-nassa. Jyväskylän yliopisto	Tarkoituksena oli koota olemassa oleva tieto transteoreetti-seen muutosvaihemalliin pohjautuvista perusterveyden-huollon liikuntainterventioista ja niiden vaikuttavuudesta sekä tarkastella interventioiden neuvontamenetelmiä ja transteoreettisen muutosvaihemallin periaatteiden toteutu-mista niissä.	Neljässä tutkimuksessa kahdeksasta saavutettiin tilastollisesti merkitseviä eroja fyysisen aktiivisuuden lisääntymisessä tai muutosvaiheissa etenemisessä interventio- ja kontrolliryhmän välillä vähintään puolen vuoden seuranta-aikana. Transteoreettiseen muutosvaihemalliin perustuvissa tutkimuksissa interven-tioryhmien saama neuvonta osoittautui joko vaikuttavammaksi tai yhtä vaikut-tavaksi kuin kontrolliryhmien saama neuvonta.
Vartiainen, E., Borodulin, K., Sundvall, J., Laatikai-nen, T., Peltonen, M., Ha-rald, K., Salomaa, V. & Puska, P. 2012. FINRISK 2012-tutkimus. Väestön kolesterolitaso on vuosi-kymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun.	25 - 64 -vuotiaiden otokselle viidellä alueella Suomessa viiden vuoden välein tehtävä terveyskartoitus. Otos: kut-suttu 200-500 miestä ja naista kustakin ikäryhmästä jokai-selta alueelta, osallistumisprosentti 59%.	Vuodesta 2007 vuoteen 2012 seerumin kolesterolipitoisuus nousi miehillä 5,25 mmol:sta/ 5,34 mmol:iin/l (1,7 %) ja naisilla 5,15 mmol:sta/ 5,31 mmol:iin/l (3,1 %). Vuosikymmeniä jatkunut suomalaisten veren kolesteroli-pitoisuuden lasku on kääntynyt nousuun. Jos muissa riskitekijöissä ei ilmene merkittäviä suotuisia muutoksia, kolesterolitason nousu kääntää tulevaisuu-dessa myös sydäntautisairastuvuuden kasvuun.

Kivipelto, M. 2002. Vascular risk factors in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. A longitudinal, population-based study. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.	Väestöpohjainen seurantatutkimus.	Keski-ikä kohonnut verenpaine ja korkea kolesteroli ovat merkittäviä myöhäsiän Alzheimerin taudin riskitekijöitä. Elintavat voivat olla Alzheimerin taudin synnyn ja sen estämisen kannalta hyvin merkittäviä.
Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2012. AVTK-tutkimus. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos.	Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa työikäisen väestön elintavoissa tapahtuneita muutoksia. Pitkän aikavälin seurantatutkimus, jonka tulokset ovat vertailukelpoisia keskenään. Vuodesta 1978 alkaen. Postikyselytutkimus 15-64 -vuotiaille.	<p>Monet kansantauteihin liittyvät elintavat ovat kehittyneet myönteisesti (esim. tupakointi ja eräät ruokatuotokset)</p> <p>Alkoholin käyttö ja ylipaino lisääntyneet.</p> <p>Vapaa-ajan liikunta on yleistynyt 1970-luvun lopulta alkaen, mutta työmatkaliikunta on vähentynyt.</p>
Absetz, P., Valve, R., Oidenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2007. Type 2 diabetes prevention in the real world. One-year results of the GOAL implementation trial.	Tarkoituksena selvittää voidaanko interventiolla saavuttaa tuloksia diabetesriskiryhmissä. 352 keski-ikäistä tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvaa. 12 kuukauden interventioseuranta.	<p>Elintapaohjaus on tehokasta ja se on toteuttamiskelpoista henkilöille, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski.</p> <p>Useampi sairastumisen riskitekijä väheni seurannan aikana, useammin miehillä kuin naisilla.</p> <p>20% osallistuneista saavutti 4 tai 5 muutosta elämäntyyliinsä.</p>

KÄSIKIRJA

TERVEYSINTERVENTION SUUNNITTELU MUISTITERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Anne Höfer

25.3.2013

Elintapamuutoksen toteuttaminen vaatii työtä ja taitoa. Interventioiden tarkoitus on motivoida asiakasta ja varustaa hänet onnistumisen edellyttämällä taidoilla. Tukea tarvitaan mm. oman toiminnan seuraamiseen, muutokseen liittyvän tiedon kasvattamiseen, ongelmanratkaisutaitojen kartuttamiseen, tavoitteiden asettamiseen, toiminnan suunnitteluun sekä tulosten arviointiin. (Absetz 2009, 16 - 17.) Tämän käsikirjan tarkoitus on tarjota ideoita interventioiden suunnitteluun.

Valtimoterveydeksi! Terveystiedon edistämisen käsikirjassa on listattu toimivan ja kehityskelpoisen intervention tunnusmerkkejä. Jotta interventio toimii kokonaisvaltaisesti, tulee ohjaajan kiinnittää erityistä huomiota omiin ohjaustaitoihinsa ja intervention suunnitteluun. Käsikirjassa korostetaan ohjaajan motivoituneisuutta ja sitoutumista ohjaukseen. Intervention tulee olla osa perustyötä. Toimiva interventio on asiakaslähtöistä ja oikein ajoitettua asiakkaan tilanne huomioiden. Ohjaajalle sen tulee olla helpokäyttöistä ja työtä helpottavaa. Sisällöltään interventio tulee olla selkeää ja sen tavoitteet sekä käytännön toteutus on oltava kuvattuna tarkasti. Toimiva interventio sisältää pitkäjänteistä seuranta, johon liitetään asiakaspalaute sekä prosessi- ja vaikutusarvioinnit. (Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Pääkkönen 2009 - 2010, 28.)

Kun tavoitteena on elintapamuutos, tarvitaan pysyvää käyttäytymisen muutosta. Tähän päästäkseen täytyy oma muutostarve tiedostaa ja motivaation kasvaa. Seuraavassa vaiheessa on tarpeen suunnitella hyvin ja käynnistää vaadittavat toimenpiteet eli aloittaa halutunlainen toiminta tai käytös. Viimeisessä vaiheessa tärkeintä on vakiinnuttaa muutettu toiminto pysyväksi toimintatavaksi. (Tartu toimeen - ehkäise diabetes 2011, 33.)

Käyttäytymisen muuttaminen on aina monitahoinen prosessi, joka vie aikaa ja vaatii suunnitelman. Se edellyttää tekijältään vaivannäköä ja voimavaroja (Alahuhta 2010). Lyhyesti sanottuna elintapamuutoksen ohjauksessa on kyse siitä, että ohjattava on varustettu riittävillä tiedoilla, taidoilla, tunteella ja asenteella. Siis kaikella sillä, mitä hän tarvitsee toteuttaakseen asetetut tavoitteet omassa elämässään ja onnistuakseen muuttamaan tapojaan pysyvästi. (Turku 2007, 23.)

Tekijät, joilla on negatiivista vaikutusta elintapojen muuttumiseen, ovat sitoutumattomuus omaan toimintaan sekä tavoitteiden ja itsekurin puute. Myös puutteellinen motivaatiotaso vaikeuttaa tavoitteiden saavuttamista. (Alahuhta 2010.) Suomalaisessa tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien elintapamuutosta käsittelevässä tutkimuksessa (Alahuhta 2010) todettiin, että tavoitteiden asettaminen, voimavarat, toivon säilyminen ja positiivisuus olivat ominaisia piirteitä elintapamuutoksissa onnistuneille. Näitä puolia olisikin tärkeä korostaa elintapaohjauksessa.

Pystyvyyden tunne on käsite, joka tulee ottaa huomioon interventioita suunniteltaessa. Kyseistä tunnetta vahvistaa muun muassa se, että henkilö on vakuuttunut siitä, että jokin tavoite tai toiminto on saavutettavissa tai tehtävissä. Ilman tätä tunnetta ihminen tuskin edes ryhtyy yrittämään. Terveyskäyttäytymiseen tätä ajatusta voidaan muokata siten, että henkilö, joka uskoo voivansa saavuttaa myönteisiä vaikutuksia tai estävänsä vakavan sairauden puhkeamisen käyttäytymisen muutoksilla, todennäköisemmin muodostaa aikomuksen käyttäytyä tietyllä tavalla. (Hankonen 2012, 117 - 118.)

Terveellisten elämäntapojen noudattaminen on tutkimusten mukaan yleisintä ylimmissä sosiaaliryhmissä. Alimmissa ryhmissä tämä on harvinaisinta. Yhteiskunnallisen aseman on myös osoitettu olevan yhteydessä terveyskäyttäytymisen muutosvaiheeseen. Ylimmän yhteiskuntaluokan edustajat ovat valmiimpia omaksumaan ja jatkamaan terveellisiä elintapoja kuin alimpien luokkien edustajat. Sosiaaliluokkien vaikutukset ovat kuitenkin lieviä, joten ei voida olettaa, että terveydenedistämistoimia tehtäisiin eri volyymilla eri sosiaaliryhmien edustajille. Tärkeämpää on pohtia elintapoja ja tottumuksia kunkin ryhmän tai yksilön kohdalla ja päättää toimintatavoista tilanteen mukaan. (Adams & White 2007).

HERÄTTELYVAIHE JA MUUTOSTARPEEN TIEDOSTAMINEN

Perinteinen elintapaohjaus on yleensä alkanut herätysvaiheella, jossa ohjattavalle asiakkaalle on kerrottu kaikki mahdolliset elämäntilanteeseen ja ennusteeseen liittyvät uhat ja riskit. Pelottelemalla on saatu ohjattava huomaamaan tilanteensa ja pakon edessä toimimaan. (Turku 2007, 37.) Tällaista motivointia kutsutaan ulkoiseksi motiivinniksi, eikä sillä yleensä saavuteta pitkäaikaisia tuloksia. Pelottelun ja uhkailun si-

jaan ohjauksen tulisi sisältää positiivista kannustusta ja palautetta, lähtökohtien negatiivisia puolia pehmentämään. (Turku 2007, 39.)

Myöskään pelkkä kehoitus tai ohjeistus elintapojen muuttamisesta ei yleensä tuota toivottuja tuloksia. Varsinkin jos asetelma on autoritäärinen eli hoitaja tai lääkäri kertoo, mitä potilaan tulee tehdä kiinnittämättä sen enempää huomiota potilaan motivaatioon tai muutoshalukkuuteen. (Leino 2005.)

Joukkoviestinnän keinoin on mahdollista lisätä väestön terveystietoisuutta ja muokata asenteita, mutta omien tarpeiden ja tilanteen tiedostaminen vaatii kyllä muitakin terveydenedistämisen toimia kuin tiedon jakamisen. (Poskiparta 2007.) Terveyspsykologinen tutkimus on osoittanut, että pelkällä tiedon jakamisella on hyvin vähäinen rooli käyttäytymisen muuttumisessa (Hankonen 2012).

Korkiakangas, Alahuhta ja Laitinen (2010) kirjoittavat artikkelissaan mukaillusta Botelhon nelikentätehtävästä, jonka tavoitteena on tehdä näkyviksi elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. Tällaista nelikenttää voi käyttää motivaatiotason tarkastelussa sekä herättämään asiakkaan huomaamaan muutoksen mahdollisuus. Artikkelin nelikentän kysymykset on muokattu koskemaan laihdutusta, mutta yhtä hyvin ne voi muokata koskemaan liikunnan lisäämistä tai ruokavaliomuutosta. Nelikentän neljä kysymystä ovat:

1. Mitä hyötyä on pysyä entisissä tavoissa ja tottumuksissa?	2. Mikä huolestuttaa, jos muuttaisit tapojasi ja tottumuksiasi?
3. Mikä huolestuttaa siinä, että pysyisit nykyisissä tavoissasi?	4. Mitä hyötyä sinulle on muuttaa tapojasi?

Motivoiva haastattelu on menetelmä, jonka tarkoitus on herättää asiakas itse huomaamaan ongelmakohtia ja pohtimaan omaan elämäntilanteeseen sopivia ratkaisuja. Motivoivaa haastattelua voi käyttää juuri motivaation herättelyssä ja asiakkaan sitouttamisessa toimintaan. Herättelyvaiheessa tärkeää on ohjata asiakas puhumaan itsestään ja omista tarpeistaan muutokseen. Samassa yhteydessä luontevasti nousevat esiin

myös elämäntilanteen tarjoamat mahdollisuudet. (Absetz & Hankonen 2011, 2269). Tarkoitus on, että hoitaja ja asiakas yhdessä muodostavat tasavertaisen työskentelyparin, jossa molemmat ovat oman alueensa asiantuntijoita. Potilasta kannustetaan avoimilla kysymyksillä pohtimaan elämäntapojansa ja kirjataan ylös hyötyjä ja haittoja. (Leino 2005.) Herättelyvaiheessa tärkeää on korostaa, että terveyskäyttäytymisen muutokset tehdään itseä, ei ohjaajaa varten (Turku 2007, 39).

Motivoiva haastattelu

Ihmisen motivoituminen tapahtuu mahdollisuuden, ei pakon kautta. Ohjaaja voidaan nähdä mahdollistajana, joka rohkaisee ohjattavaa ratkaisemaan itse ongelmansa ja ottamaan vastuuta omasta terveydestään. (Turku 2007, 21.) Asiakkaan sisäinen motivaatio eli tahto muuttaa elintapojaan on tärkein tekijä ohjauksen aloittamiselle (Leino 2005). Pelkkä tieto ei ole riittävä tuki muutokseen (Turku 2007, 42). Eivätkä suorat neuvot tai kehotukset motivoi, ainakaan pitemmällä aikavälillä (Leino 2005).

Motivoiva haastattelu on menetelmä, jonka tarkoitus on vahvistaa ohjattavan sisäistä motivaatiota (Tartu toimeen - ehkäise diabetes 2011, 34 - 37). Jokaisella ihmisellä on sisäinen tarve hallita elämäänsä. Tätä tarvetta kutsutaan yleensä sisäiseksi motivaatioksi. (Mustajoki 2003, 4235.) Motivoiva haastattelu on suora ja henkilökohtainen neuvontamenetelmä, jossa pohditaan elintapamuutosta estäviä tekijöitä ja pyritään löytämään ratkaisuja ristiriitaisiin tilanteisiin ja epävarmuuteen. Ohjaajan tehtävä on toimia yhdenvertaisena kumppanina eikä neuvojen antajana. On tärkeää muistaa ohjattavan valinnan vapaus sekä oma vastuu muutoksiin liittyvissä asioissa. (Tartu toimeen - ehkäise diabetes 2011, 34 - 37.) Suorat ohjeet ja käskyt tukahduttavat sisäisen motivaation ja tilalle nousee helposti muutosvastarinta (Mustajoki 2003, 4235). Muutosvastarintaa voidaankin pitää sisäisen motivoitumisen vastakohtana. Tavoitteisiin ei päästä, mikäli vastarinta muutoksille on aktiivisena.

Motivaatio voidaan saavuttaa vasta, kun toiminnalle on asetettu tavoite tai päämäärä (Turku 2007, 33). Yhdenvertaisuuden periaatteen mukaan ohjattava itse tuntee tilanteensa ja on ainoa oikea henkilö määrittämään tavoitteensa. Ohjaaja voi ainoastaan johdatella ja pyytää tarkentamaan tavoitteita tarvittaessa. (Leino 2005.)

Motivoiva haastattelu perustuu avoimiin kysymyksiin, refleктоivaan toistoon eli aktiiviseen kuunteluun, positiiviseen palautteeseen sekä yhteenvedon tekemiseen. Avoimet kysymykset alkavat usein kysymyssanoilla: mitä, miten, milloin tai missä. Vastakohdaksi suljetuille kysymyksille, joihin ohjattava voi vastata joko kyllä tai ei, avoimiin kysymyksiin vastaaminen edellyttää oman tilanteen syvällisempää pohtimista. Mitä ajattelet...? Miten suhtaudut...? Missä tilanteissa...? (Turku 2007, 50 - 51.)

Kun asiakas puhuu omasta elämästään ja pohtii valintojaan ääneen, nousee puheesta usein esiin epäkohtia. Ääneen lausuttuna epäkohdat tulevat todemmiksi ja saavat aivan erilaisen merkityksen. Tällaisella hetkellä asiakkaan motivoituminen muutokseen voi alkaa. Ohjaajan tehtävä on avoimin kysymyksiin johdatella asiakas pohtimaan muutoksen hyötyjä ja haittoja ja täten vahvistaa motivoitumista. (Absetz & Hankonen 2011, 2268.) Motivoivaan haastatteluun kuuluu myös refleктоiva kuuntelu tai toisto, joka on yksinkertaisesti ohjattavan sanojen toistoa niin, että rohkaistaan häntä kertomaan lisää. Ohjaaja voi toistaa kuulemaansa omin sanoin. Tällöin annetaan ohjattavalle mahdollisuus tutkia ja pohdiskella asiaa eri puolilta. (Turku 2007, 51 - 52.) Refleктоiva tai aktiivinen kuuntelu myös viestittää asiakkaalle, että hänen mielipiteitänsä kuunnellaan ja hänen tilanteestaan ollaan kiinnostuneita. Tämä osaltaan nostattaa asiakkaan motivaation tasoa ja vahvistaa pystyvyyden tunnetta. Loppuyhteenvedo puhutuista asioista auttaa asiakasta jäsentämään tilannetta ja arvioimaan muutoksen mahdollisuutta ja keinoja. Yhteenvedo myös vie ohjausta eteenpäin. Sen avulla voidaan tehdä toimintasuunnitelma muutoksen toteuttamiseksi. (Absetz 2009, 17.)

Positiivinen palaute heti alkuvaiheesta alkaen on osaltaan luomassa positiivista ilmapiiriä. Positiivisen palautteen tarkoitus on tukea ohjattavan omia arvioita ja päätöksiä. Sen avulla keskustelusta ei tule arvioivaa eikä ohjaaja ole eriarvoisessa asemassa ohjattavaan nähden. (Turku 2007, 52.) Yhteenvedon tarkoitus on poimia käydystä keskustelusta tärkeimmät pääkohdat ja suunnata huomio kohti seuraavaa tapaamista tai jatkosuunnitelmaa. Sen on tarkoitus olla mahdollisimman selkeä, turhia tulkintoja tulisi välttää. (Turku 2007, 53.)

Motivoiva ilmapiiri ja sen luominen ovat elintapamuutoksessa ohjaajan vastuulla. Turvallinen ja luottamusta herättävä lähestymistapa on onnistumisen lähtökohtana. Kunnioittava ja hyväksyvä ilmapiiri tukee itsenäistä päätöksentekoa sekä korostaa va-

linnan vapautta, olivatpa ohjattavan elämäntavat minkälaisia tahansa. (Turku 2007, 42.)

Mustajoki ja Kunnamo (2009) ovat luoneet neljä periaatetta motivoivan haastattelun rungoksi. Niiden tarkoitus on vahvistaa asiakkaan motivoitumista ja estää vastustuksen heräämistä. Nämä neljä periaatetta ovat:

1. empatian ja kiinnostuneisuuden osoittaminen (esimerkiksi tarkkaavainen kuuntelu ja katsekontakti)
2. todistelun ja väittelyn välttäminen (ei puututa epäolennaisiin epäkohtiin asiakkaan puheessa, vaikka ammattilaisella muuta tietoa olisikin)
3. vastahangan myötäily (ohjaaja ei provosoidu, vaikka asiakas ei toimisi toivotulla tavalla)
4. itseluottamuksen ja omien kykyjen tukeminen

Huomionarvoista on myös se, että motivoiva haastattelu on voinut olla onnistunut, vaikka se ei heti johtaisikaan muutoksiin. Asiakkaan muutosvaihe ja valmius muutokseen on kuitenkin saattanut muuttua. Hän on saattanut siirtyä transteoreettisen muutosvaihemallin mukaisella janalla ”ei harkitse” -vaiheesta ”harkitsee” -vaiheeseen. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Potilaskeskeinen työskentely

Potilaskeskeinen työskentely perustuu ammattilaisen ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön. Yhteistyö rakentuu tasa-arvoisesta suhteesta. Sen keskeisenä työvälineenä ovat avoimet kysymykset, joilla asiakas johdatellaan aiheen pariin ja itse huomaamaan muutoskohtia sekä ratkaisuja näihin. (Mustajoki 2003, 4236.) Tiedon jakamisessa olennaista on saada asiakas itse oivaltamaan ja löytämään yhtymäkohtia omaan elämäänsä. Tieto motivoi vain oikeaan aikaan ja riittävän pienissä erissä annettuna. (Heinonen 2007, 25).

Toimintatapojen valinnassa tulee käyttää sellaisia, joista asiakkaalla on jo hyviä kokemuksia. Muutosten tulee olla pieniä eivätkä ne saa viedä liikaa voimia. Suuria vaikutuksia saadaan aikaiseksi monilla pienillä muutoksilla. (Absetz 2009, 17.) Liian suuret muutokset tuntuvat helposti ylivoimaisilta eivätkä siksi toteudu käytännössä.

Perhe- ja työtilanne määrittävät suuresti monien käytettävissä olevia voimavaroja. Tällaiset taustatekijät voivat muuttua hyvinkin nopeasti. Muutosvalmius edellyttää voimavaroja ja elämäntapamuutosten onnistuminen onkin enemmän riippuvainen tällaisista tilannetekijöistä kuin ohjattavan persoonallisuudesta. (Turku 2007, 41.) Sosiaalinen verkosto ja kannustava tuki lähipiiriltä luovat edellytykset onnistua ja vahvistavat yksilön uskoa muutokseen.

TRANSTEOREETTINEN MUUTOSVAIHEMALLI JA MUUTOSVALMIUS

Käyttäytymisen muutosvaihemalleista tunnetuin on Prochaskan transteoreettinen muutosvaihemalli. Se pohjautuu ajatukseen, että elintapamuutos sisältää vaiheita, joiden aikana ihmisen valmius ja motivaatio muutokseen vaihtelevat. Heinonen (2007) kirjoittaa artikkelissaan, että teorian mukaan muutos on jaettu viiteen vaiheeseen, jotka ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito. Ihmisen muutosvalmius ei ole pysyvä ominaisuus. Se on tilanne- ja aikasidonnainen tekijä muutosprosessissa. Muutosprosessia voidaan tukea ja vahvistaa, mutta valitettavasti myös hidastaa väärällä ohjaajan toiminnalla. (Turku 2007, 41.) Jokaisella asiakkaalla on erilainen valmius muutoksiin. Transteoreettisen muutosvaihemallin tuntemus auttaa ymmärtämään muutosvalmiutta ja helpottaa ohjauksen oikean aikaista toteuttamista. (Mustajärvi 2003, 4236.)

Muutosvaihemallin mukaan elintapamuutos on vaiheittain etenevä prosessi. (Poskiparta 2007). Se voidaan ymmärtää janana, jonka toisessa päässä ovat ne, jotka eivät ole kiinnostuneita muutoksesta ja toisessa päässä ne, jotka ovat vakiinnuttaneet muutoksen elämäänsä. (Mustajärvi 2003, 4236 - 4237). Muutoksen toteutuminen vaatii aikaa eikä kiirehtimällä saada pysyviä tuloksia aikaiseksi. Muutosprosessin aikana ihminen tiedostaa omat elintapansa, harkitsee muutoksen tarvetta, kokeilee uusia toimintatapoja, ylläpitää ja lopuksi onnistuessaan ottaa uuden tavan toimia osaksi arkielämäänsä. (Poskiparta 2007.)

Muutosvaiheen tunnistaminen antaa suuntaviivat ohjauksen aloittamiselle. Henkilö, joka ei edes harkitse muutosta tai sen tarpeellisuutta, ei ole myöskään oikeassa vaiheessa vastaanottamaan ohjausta. Muutosvaiheen selvittämiseen on kaksi vaihtoehtoa. Ensimmäinen on kysyä suoraan henkilöltä itseltään, mitä hän ajattelee muutoksesta ja sen tarpeellisuudesta. Yhdessä voidaan vielä pohtia vastauksen realistisuutta ja sen hetkistä elämäntilannetta. Toinen vaihtoehto on käyttää avoimia kysymyksiä ja niiden avulla selvittää missä muutoksen vaiheessa asiakas on. Esimerkiksi kysymällä, mitä mieltä hän on painostaan tai tupakoinnistaan, saadaan vastauksessa kuva myös halukkuudesta muutokseen. (Mustajoki 2003, 4237).

Jokaiseen elämäntapojen muuttamisyritykseen kuuluu relapseja eli palataan takaisin vanhoihin tuttuihin toimintamuotoihin. Transteoreettisen muutosvaihemallin tuntemus auttaa sekä ammattihenkilökuntaa että asiakasta suhtautumaan elämäntapojen muuttamiseen realistisesti ja suvaitsevaisesti. (Mustajoki 2003, 4237.)

Käyttäytymisen muuttaminen on monimutkainen prosessi, koska ihmisen toimintaa ohjaavat monet eri tekijät. Käyttäytymiseen vaikuttavat yksilöllinen motivaatio, taidot sekä ympäristötekijät, joihin emme useinkaan voi itse vaikuttaa. (Hankonen 2012.) Motivaation tasokaan ei aina pysy samana. Siihen ovat vaikuttamassa tunteet, tahtotila, vireys, sosiaaliset vaikutteet sekä pystyvyyden tunne ja uskomukset toiminnan seurauksista (Hankonen 2012).

MUUTOKSESSA TUKEMINEN

Ohjaajan rooli ja asenne ovat merkittäviä tekijöitä, kun tuetaan käyttäytymisen muutosta. Kaikki ihmiset ovat erilaisia eikä samaa strategiaa voi käyttää kaikilla. Hyvä ihmistuntemus ja toimintatapojen muutosherkkyys ovat tärkeitä ominaisuuksia elintapamuutosta ohjaavalle ammattilaiselle. (Turku 2007, 23). Interventioiden tarkoitus on tukea ohjattavaa tekemään terveyspäätöksiä ja pysymään näissä päätöksissä. (Heinonen et al. 2009 - 2010, 26.) Voimaantumisen tunteen tulee olla vahva, jotta muutokset kestävät pysyvinä arjessa. Vahvan tunteen edellytyksenä usein onkin riittävä tukiverkosto, joka kannustaa ja motivoi muutosta. (Heinonen 2007, 28).

Muutama perusasia on kuitenkin hyvä muistaa interventioiden toteutuksessa. Vastuu muutoksesta on aina ohjattavalla. Jokainen on itse vastuussa omista elintavoistaan eikä kukaan toinen voi niitä muuttaa. Ohjaajan rooli on antaa hyödyllistä ammatillista tietoa ja tukea, mutta asiakas itse tietää parhaiten, mikä juuri hänelle sopii ja toimii. Yhteistyösuhde ohjaajan ja ohjattavan välillä toimii parhaiten, kun se pohjautuu jaettuun asiantuntijuuteen. (Tartu toimeen - ehkäise diabetes 2011, 34.) Ohjaajan vastuulle jää asiakasta arvostavan ilmapiirin luominen ja ohjattavan omien voimavarojen esille tuominen eli asiakkaan voimaantumisen tukeminen (Turku 2007, 23).

Voimaantumisella ja pystyvyyden tunteen vahvistamisella tarkoitetaan ohjattavan omien voimavarojen tukemista. Elintapamuutos ei onnistu pelkän ohjauksen varassa, vaan ohjattavan täytyy itse tehdä tarpeelliset muutokset. (Tartu toimeen - ehkäise diabetes 2011, 34.) Usko itseensä ja omiin voimavaroihin mahdollistaa muutoksen. Voimaantuminen voidaan käsittää prosessina, jossa tunnistetaan ja määritellään tarpeita, ratkaistaan ongelmia ja saadaan käyttöön muutoksessa vaadittavia voimavaroja. Voimaantumisen näkökulmasta ohjattava voi nähdä elintapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveydentilaansa. (Turku 2007, 21.) Omiin kykyihinsä luottava ihminen panostaa muutosyritykseensä enemmän eikä lannistu heti ensimmäisen vastoin käymisen kohdalla. Pystyvyyden tunne auttaa pääsemään nopeammin yli repsahduksista tai takapakeista ja yrittämään sinnikkäästi uudelleen. (Absetz & Hankonen 2011, 2268.)

Motivaatio ja muutoshalukkuus perustuvat valinnan vapauteen. Elintapamuutoksessa ohjattava on se, joka päättää, mitä muutetaan ja milloin. Ohjaajan rooli on antaa tietoa oikealla hetkellä tarpeen mukaan ja tukea päätöksentekoa. Toimintasuunnitelma voidaan tehdä vasta, kun ohjattava tietää tavoitteensa, on valmis muutokseen ja ennen kaikkea pitää elintapamuutosta tärkeänä. (Tartu toimeen - ehkäise diabetes 2011, 34.)

Valmentava elämäntapaohjaus

Käyttätymistieteiden itsesäätelyteorian on tutkimuksissa todettu olevan tehokas keino elämäntapoja koskevissa interventioissa, varsinkin ravitsemus- ja liikuntainterventioissa. Teorian mukaisia tekniikoita ovat tavoitteiden asettaminen, toiminnan suunnit-

telu sekä käyttäytymisen omaseuranta esimerkiksi päiväkirjojen muodossa. (Hankonen 2012.)

Perustellun toiminnan teoriassa asiakas tekee käyttäytymisen muutoksen päätöksiä sen mukaan, mitä hän odottaa muutoksen aiheuttavan hänelle ja minkä arvon hän tälle odotukselle antaa. Tämä teorianmalli auttaa ymmärtämään erityisesti muutoksen aloittamiseen vaikuttavia tekijöitä. (Heinonen 2007, 24).

Voimaantumisteoriassa ihminen ymmärretään aktiivisena, luovana ja vapaana toimijana. Jokainen asettaa itselleen päämääriä omassa elämänmuutosprosessissaan. Voimaantumista pidetään henkilökohtaisena prosessina, johon kuitenkin vaikuttavat toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. Sisäisen voimantunteen saamisessa olennaista on vapaus päättää omista asioista ja itsenäisyyden tunne. (Heinonen 2007, 24).

Tavoitteiden asettaminen ja omaseuranta

Tavoitteiden asettamisen ja toiminnan aloittamisen välistä suhdetta kuvastaa se, että sellaiset henkilöt, jotka tekevät tarkat suunnitelmat toiminnan aloittamiselle, myös varmemmin toteuttavat aikomuksensa verrattuna sellaisiin henkilöihin, joilla ei tarkkoja suunnitelmia ole. (Hankonen 2012, 118.) Tämä on tärkeää myös terveyskäyttäytymisen muutoksen kannalta. Huolellinen suunnittelu, toiminnan tarkka ajoittaminen ja selkeät tavoitteet helpottavat muutoksen toteuttamista käytännössä. Tavoitteiden asettaminen ei kuitenkaan yksistään riitä. Tavoitteiden rinnalle tarvitaan seuranta, arviointia ja palautetta. (Absetz & Hankonen 2011, 2268.)

Tutkimuksissa on todettu, että asiakkaan ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan on tehokkain yksittäinen tekniikka terveyskäyttäytymisen muutoksien kohdalla. Omaseuranta on hyvä aloittaa kirjanpidolla. Esimerkiksi ruokapäiväkirja tai merkinnät päivittäisestä liikunnasta herättävät oman toiminnan tarkkailun. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 52 - 53.) Kirjaamisen avulla oma päivittäinen toiminta havainnollistuu. Kirjanpito usein herättää huomaamaan esimerkiksi välipalojen napostelun tai liikunnan todellisen määrän. Kirjaamalla saadaan todellinen toiminta esiin eivätkä tiedot jää luulojen varaan. Päiväkirjojen pohjalta on hyvä aloittaa muutostarpeen pohtiminen

ja asettaa tarvittavia tavoitteita. Niihin vertaamalla voidaan myöhemmin myös arvioida muutoksen edistymistä. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 52.)

Yksilö- ja ryhmäohjaus

Dehkon D2D -hankkeen tulosten mukaan yli 60 prosenttia tutkimukseen osallistuneista valitsi mieluummin yksilö- kuin ryhmäohjausintervention. Ryhmäohjauksen tutkimuksessa valitsi mieluiten 55 - 64 -vuotiaat naiset. Tehokkaaseen tulokseen tutkimusten mukaan kuitenkin päästään, mikäli interventioon sisältyy sekä yksilö- että ryhmätapaamisia. (Heinonen et al. 2009 - 2010, 26 - 27.)